



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

**Conduite à tenir en médecine de premier recours
devant un enfant ou un adolescent susceptible
d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou
sans hyperactivité**

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Décembre 2014

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : [Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.](#)

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique. Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service communication – information

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations et acronymes	6
Préambule	8
Définitions	11
Recommandations	13
1. Repérage : quand et comment la démarche diagnostique doit-elle être engagée par le médecin de premier recours.....	13
1.1 Plaintes ou difficultés pouvant faire évoquer un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez l'enfant.....	13
1.2 Eléments de l'entretien clinique pouvant suggérer un TDAH chez l'enfant.....	16
1.3 Examen clinique de l'enfant	19
1.4 Examens complémentaires	20
1.5 Devant des signes évocateurs d'un TDAH, autres hypothèses diagnostiques à envisager	20
1.6 Outils/questionnaires pouvant être utilisés par le médecin de premier recours dans la démarche diagnostique	22
1.7 Spécialistes vers qui le médecin de premier recours peut orienter un enfant présentant des signes de TDAH	23
2. Rôle du médecin de premier recours dans l'attente du diagnostic.....	24
2.1 Démarche de l'orientation vers un spécialiste	24
2.2 Accompagnement de l'enfant et de sa famille	24
2.3 Mesures d'accompagnement au niveau scolaire.....	25
2.4 Prise en charge des comorbidités les plus fréquentes	25
3. Rôle du médecin de premier recours dans le suivi, une fois le diagnostic posé par le spécialiste	27
3.1 Objectifs du suivi	27
3.2 Information sur les prises en charge possibles.....	27
3.3 Fréquence du suivi	28
3.4 Modalités du suivi de la prise en charge.....	29
3.5 Particularités du suivi en cas de traitement pharmacologique.....	30
4. Coordination entre le médecin de premier recours et les autres intervenants de santé	35
4.1 Coordination avec le médecin spécialiste	35
4.2 Coordination avec les autres professionnels prenant en charge l'enfant (orthophoniste, psychologue, psychomotricien.....)	35
4.3 Coordination avec les professionnels de l'Éducation nationale.....	37
4.4 Comment cette prise en charge s'articule-t-elle avec les réseaux pluridisciplinaires.....	40
Annexe 1. Bilans spécialisés	41
Annexe 2. Comorbidités.....	42
Annexe 3. Conseils et stratégies à destination des parents et des enseignants	45
Annexe 4. Modalités de prise en charge par le spécialiste	47
Annexe 5. Règles de prescription : renouvellement des ordonnances et suivi du traitement.....	56
Annexe 6. Rôle des professionnels de l'Éducation nationale	58
Annexe 7. Échelles SNAP-IV 26/ Conners/ ADHD-RS.....	60
Annexe 8. Textes légaux sur la prescription en France.....	69
Annexe 9. Critères diagnostiques du trouble déficit de l'attention/hyperactivité	72

Annexe 10. Aménagements scolaires - Conseils pour la scolarité des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention	78
Participants	86
Remerciements.....	90
Fiche descriptive	91

Abréviations et acronymes

Abréviation	Libellé
AACAP	<i>American Academy of Child an Adolescent Psychiatry</i>
AAP	<i>American Academy of Pediatrics</i>
ADHD	<i>Attention deficit hyperactivity disorder</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CADDRA	<i>Canadian ADHD Resource Alliance</i>
CIM	Classification Internationale des Maladies
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders version 4</i>
ICSI	<i>Institute for Clinical Systems Improvement</i>
IMC	Indice de Masse Corporelle
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
Médecin de premier recours	Médecin assurant les soins de premier recours (qui est le plus à même d'effectuer un repérage des enfants et adolescents présentant des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité et qui pourra être amené à en assurer le suivi)
Médecin spécialiste (du trouble TDAH)	Médecin spécialiste ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH. Ce peut être un médecin psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, neuropédiatre ou neurologue
MPH	Méthylphénidate
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
Nosographie	Description, classification des maladies
PAI	Projet d'accueil individualisé
PAP	Plan d'accompagnement personnalisé
PPRE	Programme personnalisé de réussite éducative
PPS	Projet personnalisé de scolarisation
RASED	Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficultés
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SJSR	Syndrome des jambes sans repos
TC	Trouble des conduites
TDAH	Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TOP	Trouble oppositionnel avec provocation
TSA	Trouble du spectre autistique

Préambule

Contexte d'élaboration

Ces recommandations répondent à une saisine de la HAS par l'association de patients : HyperSupers - TDAH France, en collaboration avec la Société française de neurologie pédiatrique (SFNP), la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées (SFPEADA) et la Société française de recherche et médecine du sommeil (SFRMS) afin de participer à des « Propositions de recommandations pour le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients présentant un trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) ».

En parallèle, une demande sur la même thématique a été faite par la DGS (direction générale de la Santé), dans les suites du congrès « Confrontation des pratiques européennes au sujet du TDAH », qui s'est tenu en 2009, au ministère de la Santé et des Sports.

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est défini par une association de symptômes : déficit attentionnel, hyperactivité motrice et impulsivité.

En pratique, ce syndrome nécessite d'être pris en charge médicalement quand les symptômes qui le caractérisent constituent un handicap pour l'enfant, que ce soit dans son apprentissage scolaire et/ou ses relations sociales.

L'évaluation de la prévalence en France varie en fonction de la méthode diagnostique et des critères de mesure utilisés. Une enquête téléphonique menée en 2011 a estimé à 3,5 % la prévalence du TDAH chez les enfants de 6 à 12 ans, et parmi eux 45,5 % présenteraient une dominante « trouble de l'attention », 35,9 % une dominante "hyperactivité-impulsivité" et 17,6 % présenteraient une combinaison des deux composantes (Lecendreux 2011).

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.

Cette méconnaissance peut entraîner un retard diagnostique et/ou une absence de prise en charge, conduisant au fil du temps à une aggravation des conséquences psychologiques, scolaires et sociales chez l'enfant avec le risque à long terme de répercussions délétères sur la vie entière (difficultés dans les champs de l'emploi et du travail, désinsertion sociale, conduites addictives, etc.).

Évolution du trouble

Le TDAH est un trouble chronique qui peut persister à l'âge adulte. L'expérience clinique et les études récentes le positionnent comme un diagnostic dimensionnel plutôt que catégoriel, à savoir qu'il existe un continuum au sein de la population car l'expression des symptômes varie en intensité.

Cette approche dimensionnelle justifie que ne soient prises en charge que les formes entraînant une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire, de la qualité de vie, et que cette prise en charge soit adaptée à la sévérité de ce retentissement.

Le TDAH peut avoir des répercussions préjudiciables sur la scolarisation des enfants et sur leurs relations sociales. Ces enfants sont aussi plus susceptibles d'éprouver ultérieurement des difficultés dans leur parcours professionnel. Il existe d'autres conséquences négatives liées au TDAH à l'âge adulte, dont des difficultés sur le plan des relations interpersonnelles ou une conduite à risque ou dangereuse, ainsi que des conduites addictives.

Objectif de la recommandation

L'objectif de cette recommandation est d'aider les médecins assurant les soins de premier recours¹ face à un enfant ou un adolescent présentant des signes évocateurs d'un TDAH :

- à mener leur mission de repérage du trouble ;
- à conduire une démarche diagnostique initiale et d'orientation dans le système de soins ;
- à participer au suivi en collaboration avec un médecin spécialiste du trouble, ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH².

Cette démarche collaborative est destinée à améliorer la prise en charge pluridisciplinaire de ce trouble.

Cela passe par une information des médecins de premier recours sur les caractéristiques du TDAH. Ils doivent être en mesure de :

- comprendre et aider un patient face à des symptômes qui perturbent durablement sa vie sociale et scolaire ;
- aider le patient à comprendre ses difficultés et à renforcer son estime de soi ;
- conseiller la famille, diminuer son isolement et apporter une aide, un soutien en tenant compte du retentissement des symptômes dans la vie familiale ;
- orienter, quand cela est nécessaire, vers des consultations et des soins spécialisés ;
- apporter une information sur les modalités de soins existantes ;
- participer à la coordination de la prise en charge et du suivi de l'enfant.

Une partie de ce document est donc constituée d'informations, destinées au médecin de premier recours et relatives aux modalités de diagnostic et de soins à mettre en œuvre par le médecin spécialiste du trouble. Elles ne sont pas présentées sous forme de recommandations.

Il s'agit de favoriser une étroite collaboration entre le médecin de premier recours et le médecin spécialiste, afin d'optimiser la prise en charge du patient.

Le diagnostic du TDAH est porté par un médecin spécialiste du trouble, c'est-à-dire ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH. Ce peut être un médecin psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, neuropédiatre ou neurologue. Afin de simplifier la lecture il sera nommé dans ce document « médecin spécialiste ».

Cette recommandation vise à répondre aux questions suivantes :

- Comment améliorer le repérage d'un trouble déficit de l'attention/hyperactivité par le médecin de premier recours ?
- Quelle évaluation pour orienter la démarche diagnostique peut être conduite, dans le cadre du repérage, par le médecin de premier recours ?
- Quel accompagnement peut être proposé à l'enfant et à sa famille ?
- Comment assurer et coordonner le suivi de l'enfant dans une approche multidisciplinaire ?

Limites du travail

Ces recommandations sont destinées à aider au repérage du trouble TDAH par les médecins assurant les soins de premier recours. Elles n'abordent donc pas les modalités de prise en charge qui relèvent du médecin spécialiste (indications et stratégies thérapeutiques). À titre d'information pour le médecin de premier recours, un chapitre est cependant consacré à l'état des lieux des différentes possibilités de prise en charge. Cet état des lieux des modalités thérapeutiques, qui est hors champ des recommandations, est proposé essentiellement sur la base d'une revue des recommandations déjà existantes.

¹ Intitulé « médecin de premier recours » dans ce document

² Intitulé « médecin spécialiste » dans ce document

Patients concernés

Ces recommandations concernent les enfants et les adolescents.

Les modalités de la démarche diagnostique et de la prise en charge sont différentes chez les enfants de moins de 6 ans. En effet, le développement des fonctions exécutives s'effectue plus tardivement que celui d'autres fonctions cognitives, et leur évaluation avant l'âge de 6 ans reste difficile à interpréter.

Ainsi, chez le jeune enfant de moins de 6 ans ayant, par exemple, un niveau d'activité élevé, des signes évocateurs d'un TDAH sont parfois difficiles à distinguer de comportements naturels en relation avec l'âge de l'enfant.

Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées aux médecins assurant les soins de premier recours qui sont les plus à même d'effectuer un repérage des enfants et adolescents présentant des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité et qui pourront être amenés à en assurer le suivi.

Elles sont une aide pour les professionnels exerçant dans le domaine de la santé ayant à intervenir auprès d'enfants et d'adolescents :

- médecin généraliste ;
- pédiatre ;
- médecin scolaire et médecin de l'Éducation nationale ;
- pédopsychiatre et psychiatre ;
- neuro-pédiatre et neurologue ;
- médecin spécialiste en addictologie ;
- médecin spécialiste du sommeil ;
- médecin de rééducation fonctionnelle ;
- psychologue, neuropsychologue ;
- Orthophoniste ;
- Psychomotricien ;
- infirmière scolaire, psychologue scolaire ;
- ergothérapeute ;
- pharmacien d'officine ;
- orthoptiste, orthodontiste.

Avertissement

Les données de la littérature identifiées n'ont pas permis de fonder les recommandations sur des preuves.

En conséquence, les recommandations reposent sur un accord d'experts au sein du groupe de travail, validé par un groupe de lecture.

L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Elles doivent s'appliquer à la majorité des cas avec parfois une adaptation au cas par cas.

Définitions

Le TDAH se caractérise par l'existence de trois groupes de symptômes, associés à des degrés divers :

- le déficit attentionnel, caractérisé par l'incapacité de terminer une tâche, la fréquence des oublis, la distractibilité et le refus ou l'évitement des tâches exigeant une attention soutenue ;
- l'hyperactivité motrice constituée d'une agitation incessante, d'une incapacité à rester en place quand les conditions l'exigent (notamment en milieu scolaire) et d'une activité désordonnée et inefficace ;
- l'impulsivité, définie par la difficulté à attendre, le besoin d'agir et la tendance à interrompre les activités d'autrui.

L'apparition au cours de l'enfance et le caractère persistant des symptômes et de leur retentissement dans différents contextes de la vie de l'individu (école, maison, activités sportives par exemple) sont des critères fondamentaux. Il est en effet nécessaire au diagnostic que ces symptômes soient observés dans plusieurs milieux. De même, afin de distinguer les signes du TDAH du profil comportemental naturel de l'enfant, il est nécessaire que ces symptômes aient un retentissement préjudiciable au bon développement de l'enfant, aussi bien dans le cadre de ses interactions sociales ou familiales que dans son apprentissage scolaire ou extra-scolaire.

Trois classifications permettant de caractériser ce syndrome, sont utilisées en France : la CIM-10 (classification internationale des maladies proposée par l'OMS), le DSM-5 (*diagnostic and statistical manual of mental disorders* dans sa 5^e révision de l'Association américaine de psychiatrie (APA) et la CFTMEA (classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent).

Selon la CIM-10 : (Classification internationale des maladies) : perturbation de l'activité et de l'attention (code F90.0) dans le chapitre des troubles hyperkinétiques (code F90) qui sont définis comme « Un ensemble de troubles caractérisés par : un début précoce ; l'association d'une activité excessive et désorganisée, d'une inattention marquée et d'un manque de persévérance dans les tâches ; la présence de ces caractéristiques comportementales dans de nombreuses situations et leur caractère persistant ».

Selon le DSM-5 : le TDAH, classifié parmi les troubles neurodéveloppementaux, est défini comme un trouble comportant des problèmes de concentration, d'attention, associés à de l'impulsivité et une hyperactivité psychomotrice. Il existe trois types de TDAH : avec prédominance « déficit attentionnel », avec prédominance « hyperactivité/impulsivité » ou de type mixte (hyperactivité et/ou impulsivité et troubles attentionnels associés). Ces critères diagnostiques ont peu changé par rapport à la précédente version du DSM. Le type TDAH : avec prédominance « déficit attentionnel » a cependant été détaillé en deux sous-types selon le nombre de symptômes d'hyperactivité associés.

Par ailleurs, le délai de survenue des premiers symptômes a évolué, passant de, « avant 7 ans » dans la version du DSM-IV à « avant 12 ans » dans la cinquième version. Enfin, les troubles du spectre autistique ne sont plus un diagnostic d'élimination du TDAH.

Selon la CFTMEA (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) l'« hyperkinésie avec troubles de l'attention : trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) », classée parmi les « Troubles des conduites et du comportement », est caractérisée « sur le versant psychique par des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désorganisée, non coordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité ; et sur le plan moteur par une hyperactivité ou une agitation motrice incessante ».

En parallèle dans la rubrique « Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires », figurent les troubles de l'attention sans hyperkinésie.

Le concept de TDAH, basé sur des modèles neuro développementaux, est reconnu sur le plan international.

Il persiste cependant en France des discussions :

- sur son origine purement neurobiologique : pour le courant psychanalytique, l'hyperactivité représente une expression symptomatique réactionnelle à des conflits internes ;
- sur sa valeur d'entité clinique à part entière, certains auteurs considérant les comportements hyperkinétiques et inattentifs comme des symptômes pouvant révéler divers contextes pathologiques ou des problématiques relationnelles.

Ces discussions expliquent les différences des trois classifications diagnostiques actuellement utilisées en France en psychiatrie infanto-juvénile.

- La CFTMEA considère l'hyperkinésie et les troubles de l'attention comme des diagnostics secondaires accompagnant un diagnostic structurel.
- La CIM-10 utilise le terme d'hyperkinésie mais le définit comme diagnostic principal.
- Enfin le DSM-5 utilise le terme de TDAH et l'utilise comme un diagnostic dimensionnel.

Le détail de chacune de ces classifications est consultable en **Annexe 9**.

Recommandations

1. Repérage : quand et comment la démarche diagnostique doit-elle être engagée par le médecin de premier recours

1.1 Plaintes ou difficultés pouvant faire évoquer un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez l'enfant

Il est nécessaire que les professionnels impliqués dans l'évaluation initiale soient familiarisés avec la définition du TDAH, les notions de prévalence, la complexité du diagnostic, le caractère dimensionnel du diagnostic ainsi que les comorbidités associées à ce syndrome.

Le médecin de premier recours a une bonne connaissance de l'enfant, il le suit régulièrement et peut apprécier sur le long terme son évolution développementale.

Il est donc l'interlocuteur privilégié et de confiance en cas de difficultés exprimées par la famille ou l'enfant ou pour repérer d'éventuels troubles préjudiciables à l'enfant dans son quotidien ainsi que les difficultés scolaires.

Recommandation

AE	Face à un enfant présentant des signes évocateurs de TDAH, entraînant des difficultés dans sa vie familiale, sociale ou scolaire, il est recommandé au médecin de premier recours d'engager une démarche diagnostique, d'initier une prise en charge et d'orienter si nécessaire l'enfant vers un service ou un professionnel pouvant confirmer le diagnostic de TDAH ³ .
-----------	--

1.1.1 Contextes et types de plaintes et/ou difficultés exprimées par l'enfant et/ou sa famille

Les circonstances au cours desquelles le médecin peut être alerté de ces difficultés, sont très variées, les principales sont :

- une plainte exprimée directement par l'enfant ;
- une plainte émanant des parents ;
- des difficultés relayées par les parents auprès du médecin et observées par ;
 - un professionnel du milieu scolaire (enseignant, infirmière ou médecin scolaire, le psychologue scolaire et conseiller d'orientation psychologue [COP]),
 - un autre professionnel de l'enfance (animateur, entraîneur sportif, etc.),
 - un autre professionnel de santé (orthophoniste, etc.) ;
- le médecin de l'enfant lui-même au cours de ses consultations.

De même, les plaintes ou difficultés observées sont aussi très variées et aucune n'est, à elle seule, spécifique du TDAH.

Cependant, pour évoquer le diagnostic, il est nécessaire de rechercher le niveau de sévérité de ces plaintes ou difficultés et de s'assurer qu'elles ont un retentissement négatif sur le fonctionnement de l'enfant dans plusieurs domaines (famille, école, relations sociales, etc.)

³ En cas de prescription de méthylphénidate, celle-ci doit être initiée par un spécialiste exerçant dans un établissement de santé public ou privé.

La liste proposée dans ce document ne saurait être exhaustive, elle a pour but de citer, pour information et à titre d'exemple, les circonstances le plus fréquemment observées.

Exemples de plaintes ou difficultés pouvant être à l'origine du repérage

Problèmes repérés par les parents
Évocateurs d'un trouble de l'attention
<ul style="list-style-type: none">• Se laisse distraire facilement• Donne l'impression de ne pas écouter, oblige l'entourage à lui répéter un grand nombre de fois les consignes• A des difficultés à maintenir son attention dans son travail scolaire ou les jeux, se lasse très vite• A des difficultés à s'organiser seul, pour son travail, à gérer son matériel de classe, a des oublis fréquents et nombreux (matériel, cahier, livre, travail à faire, etc.), pouvant nécessiter de refaire le stock de fournitures scolaires fréquemment...• A des difficultés à trier et à hiérarchiser les demandes (il ne sait pas par où commencer...)• A des difficultés à planifier son temps (nécessité de séquencer la consigne afin qu'elle puisse être réalisée complètement par l'enfant)• A du mal à s'engager dans une activité puis ensuite à la terminer
Évocateurs d'une hyperactivité
<ul style="list-style-type: none">• Est agité, ne reste pas assis, gigote, manipule ses affaires en permanence, ne tient pas en place• A tendance à perturber les autres (camarades, frères, sœurs)• Se met en danger (accidents multiples, fractures, points de suture à répétition, enfant qui échappe souvent à la surveillance des parents dans les lieux publics, se perd, ou qui requiert de la part des parents une surveillance continue inhabituelle...)
Évocateurs d'une impulsivité
<ul style="list-style-type: none">• Agit ou répond sans réfléchir• Ne prend pas le temps de sélectionner la réponse (comportementale ou verbale) adaptée• Ne contrôle pas ses gestes, ses paroles, ses émotions.• Se montre impatient, n'aime pas attendre, s'impatiente dans la salle d'attente, se sent facilement frustré.• Coupe la parole de manière inappropriée, ou intervient de manière impromptue
Autres plaintes des parents
<ul style="list-style-type: none">• L'enfant a des capacités mais a tendance à « bâcler » son travail (impatience, distraction, difficulté du maintien de l'attention vont le pousser à aller vite)• Enfant moteur dans un groupe mais dont le comportement est difficile à supporter par les autres• Enfant très spontané, parfois un peu trop, se rendant compte après coup de ce qu'il n'aurait pas dû faire ou dire, ce qui entretient sa mauvaise estime de lui
Autres signes évocateurs de comorbidités
<ul style="list-style-type: none">• Enfant « hypersensible », d'humeur instable• Difficultés d'endormissement, a du mal à se réveiller, semble fatigué au réveil...• Troubles spécifiques des apprentissages associés : dyslexie, dyscalculie, trouble d'acquisition des coordinations, dysgraphie• Difficultés scolaires ou relationnelles liées à un haut potentiel intellectuel
Constats du médecin
<ul style="list-style-type: none">• N'a pas d'amis bien que de bon contact et agréable• Curieux et intelligent mais a des résultats scolaires mauvais ou irréguliers
Problèmes repérés par le personnel scolaire
<ul style="list-style-type: none">• Enfant excessivement « rêveur », « dans la lune »• Fluctuation des capacités de concentration• Passe d'une activité à l'autre sans la terminer, oublie de finir une tâche• Comportement agité, ne tient pas en place, se tortille ou tombe régulièrement de sa chaise

Problèmes repérés par les parents
<ul style="list-style-type: none">• Irrégularité des résultats scolaires• Difficultés de mémorisation à court terme• Oublie son matériel, tripote, dégrade ou laisse tomber en permanence ses outils scolaires• Parle sans demander l'autorisation, répond sans lever la main, interrompt souvent les autres• « Perturbe » la classe, les autres élèves, « ingérable » en récréation• Difficultés à être autonome dans son travail scolaire et difficultés d'organisation
Problèmes repérés par l'enfant/adolescent
<ul style="list-style-type: none">• N'aime plus l'école• A peu d'amis proches ou a des difficultés à conserver des liens d'amitié• Conflits fréquents avec les parents• Faible estime de soi• L'enfant exprime « sa difficulté à être sage »

Recommandation

AE	<p>Il est recommandé d'évoquer l'hypothèse d'un TDAH en tenant compte de l'intensité des signes évocateurs, de leur durée, de leur fréquence ainsi que de leur retentissement sur la vie de l'enfant.</p> <p>L'expression de ces signes est à considérer en tenant compte de l'âge, du stade développemental, du niveau scolaire et du contexte de vie de l'enfant (situation familiale, contexte social, modèle éducatif, lieu de vie rassurant, situation de violence...).</p>
-----------	--

1.1.2 Caractéristiques de ces plaintes ou difficultés exprimées par l'enfant ou sa famille

Ces différentes plaintes ou difficultés peuvent se révéler dans toutes les circonstances de la vie de l'enfant (en milieu scolaire ou extra-scolaire, dans le milieu familial ou lors d'une prise en charge médicale ou paramédicale, sociale ou psychologique), elles ne sont pas spécifiques du TDAH.

On évoquera le diagnostic si elles sont persistantes au cours du temps (au minimum plus de 6 mois). Les difficultés sont notables dans le sens où elles sont préjudiciables à l'enfant, et où elles ne correspondent pas au niveau de développement de l'enfant. Cependant, ces difficultés peuvent varier selon l'âge, évoluer avec le développement, et s'exprimer différemment en fonction des exigences scolaires, du contexte environnemental ou de la motivation de l'enfant. Plusieurs plaintes ou difficultés doivent être associées et elles doivent concerner plusieurs milieux de vie (scolaire, familial, extra-scolaire, etc.).

D'une façon générale les signes évocateurs d'un TDAH sont observés majoritairement 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 attentionnel, 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 attentionnelle croissante et de la complexité des tâches. L'impulsivité demeure et expose à des conduites à risque alors que l'hyperactivité motrice tend à s'atténuer.

Recommandation

AE	<p>Face à des plaintes ou difficultés évocatrices de TDAH, il est recommandé de détailler les caractéristiques de ces signes afin d'évaluer si elles sont bien conformes aux critères diagnostiques du TDAH, qui sont :</p> <ul style="list-style-type: none">• apparition des symptômes avant l'âge de 12 ans ;• persistance des symptômes (déficit attentionnel, hyperactivité, impulsivité) au cours du temps (au minimum plus de 6 mois) ;• répercussions négatives sur le fonctionnement familial, social, scolaire, extrascolaire, etc. de l'enfant ;• survenue dans plusieurs milieux de vie (familial, scolaire, extra scolaire, etc.).
-----------	--

1.2 Eléments de l'entretien clinique pouvant suggérer un TDAH chez l'enfant

1.2.1 Objectif de l'entretien clinique

Recommandation

AE	<p>Il est recommandé de conduire un ou plusieurs entretiens cliniques avec pour objectifs de :</p> <ul style="list-style-type: none">• préciser les plaintes et les difficultés ainsi que leurs caractéristiques (date de début, fréquence, durée, évolution en fonction du contexte, etc.) ;• mesurer l'importance de l'inadaptation ou des difficultés de l'enfant ;• évaluer la souffrance de l'enfant et de sa famille ;• recueillir des informations sur le contexte environnemental et social de l'enfant ;• recueillir des informations sur les processus d'apprentissage de l'enfant, notamment en milieu scolaire, ainsi que sur ses compétences et ses difficultés au quotidien.
-----------	--

Recommandation

AE	<p>Il est recommandé de ne pas récuser d'emblée le diagnostic de TDAH, au vu d'un enfant sans agitation motrice face au médecin lors des visites habituelles, compte tenu notamment de la variabilité d'expression du trouble, et de l'amélioration fréquente des capacités de l'enfant en situation duelle.</p>
-----------	--

Le but de ces entretiens est d'étayer l'hypothèse diagnostique afin d'orienter si besoin le patient vers un médecin ayant la compétence pour confirmer le diagnostic de TDAH.

1.2.2 Modalités de l'entretien clinique

Généralités

Recommandation

AE	<p>Il est recommandé de consacrer une ou plusieurs consultations à l'entretien clinique. Cet entretien se fera avec les parents (de préférence les deux) et l'enfant, et si possible seul avec l'enfant, en particulier s'il s'agit d'un adolescent.</p>
-----------	--

Concernant l'adolescent, cet entretien permet d'aborder des sujets plus personnels (dépression, idées suicidaires, usage d'alcool ou autres substances psychoactives...) en préservant la confidentialité.

Recommandation

AE	Il est recommandé que l'entretien avec l'enfant/adolescent soit axé avant tout sur la façon dont il perçoit et ressent ses difficultés et les moyens qu'il a mis en œuvre ou dont il dispose pour y faire face.
-----------	---

Dans le cadre du repérage, ces modalités sont destinées à fournir au médecin de premier recours un guide pour conduire ses entretiens. Elles ne sont pas exhaustives et n'ont pas de caractère systématique. Plusieurs données lui sont déjà connues. La conduite de l'entretien est à adapter au cas par cas en fonction de la relation qu'il a établie avec l'enfant et sa famille.

Ces entretiens n'ont pas vocation à remplacer les entretiens ultérieurs qui seront menés lors de la consultation spécialisée en vue de poser le diagnostic.

Entretien avec les parents

Recommandation

AE	Il est recommandé que l'entretien clinique aborde les différentes sphères de la vie de l'enfant, aussi bien médicales, sociales, scolaires que psychologiques.
-----------	--

Les domaines pouvant être abordés au cours de ces entretiens sont les suivants :

Le comportement de l'enfant et ses difficultés
<ul style="list-style-type: none">• Les relations avec autrui (pairs, parents, fratrie, enseignants)• Les problèmes émotionnels (faible estime de soi, irritabilité/colère, etc.)• Les types de comportement (opposition fréquente, comportement provocateur, comportements agressifs, comportements à risque, blessures et fractures, etc.)• Les signes d'inattention (« dans la lune », oublis répétés, difficultés de concentration, etc.)• Ses capacités d'organisation (p.ex.: la prise des devoirs présenté par l'enseignant à l'école dans le cahier de texte)
Les antécédents médicaux (personnels de l'enfant et familiaux)
<ul style="list-style-type: none">• De l'enfant : médicaux et psychologiques (antécédents neurologiques, cardio-vasculaires, tics, épilepsie, accidents, etc.) ;• Familiaux : TDAH (autres cas au sein de la famille, si les parents se reconnaissent dans les difficultés de l'enfant) ou troubles psychiatriques ;• Obstétricaux et périnataux (complications médicales au cours de la grossesse, prise médicamenteuse, consommation de tabac, d'alcool, ou de drogue, retard de croissance <i>in utero</i>, prématurité, complications à la naissance ou en néonatal, etc.) ;• Consommation et troubles de l'usage de substances psychoactives• Les traitements antérieurs ou en cours, (médicaments, prise en charge non médicamenteuse, etc.) ;• L'historique du développement de l'enfant (langage, propreté, sommeil, développement psycho moteur...)

Le fonctionnement familial
<ul style="list-style-type: none">• La configuration et la dynamique familiale, la fratrie (divorce, famille monoparentale, mode de garde, etc.)• La situation professionnelle des parents ;• Le contexte social ;• Le mode relationnel au sein de la famille ;• Les modes de communication au sein de la famille ;• L'expression de l'éducation parentale; « style éducatif reçu »• L'existence de conflits parentaux ou de stress (problèmes familiaux, financiers, de santé, de travail, etc.).
L'environnement social de l'enfant
<ul style="list-style-type: none">• Les activités et relations amicales de l'enfant• Estimation de la qualité du réseau amical• L'instabilité éventuelle des activités• Les difficultés pour s'adapter aux sports de groupe et pour suivre les règles
L'environnement éducatif et scolaire de l'enfant
<ul style="list-style-type: none">• Établissement scolaire fréquenté• Relation avec l'enseignant et avec le personnel encadrant• Le comportement en classe, en situations de transition, telles que la récréation ou bien le changement de classe, temps de cantine• Les difficultés d'apprentissage scolaire (déroulement de la scolarité, changement fréquent d'établissement, résultats scolaires, attitudes face aux devoirs, prise en compte par l'enseignant des difficultés de l'enfant, redoublement, exclusions)• Les relations avec ses pairs en classe/récréation, l'acceptation par ses camarades, les plaintes des autres enfants, voire des autres parents

Entretien avec l'enfant

Il permet d'évaluer les domaines suivants :

Le ressenti de l'enfant
<ul style="list-style-type: none">• Ses centres d'intérêt• Les domaines dans lesquels il se sent à l'aise, en confiance• Sa perception du fonctionnement familial, du fonctionnement en milieu scolaire• Ses relations avec ses pairs• La façon dont il fait face à ses problèmes,(la souffrance qu'il ressent, l'agressivité, la passivité, etc.)• Ses apprentissages scolaires
D'éventuels comportements addictifs
<ul style="list-style-type: none">• La consommation de tabac, alcool, et autres substances psychoactive• L'estimation du temps passé sur les écrans (télévision, ordinateur, smartphone et jeux vidéo) : ces éléments peuvent aider à une approche en psycho-éducation dans ce domaine par la suite.
Le comportement psychologique de l'enfant
<ul style="list-style-type: none">• À la recherche de troubles psychologiques associés (problèmes émotionnels, mauvaise estime de soi)

1.2.3 Prise en compte des facteurs environnementaux et des conditions de vie de l'enfant

Recommandation

AE	Lors de l'entretien clinique, il est recommandé d'évaluer les caractéristiques de l'environnement social, familial et éducatif de l'enfant qui selon les cas peuvent avoir une influence sur les symptômes.
-----------	---

Les troubles du comportement liés au TDAH peuvent placer l'enfant dans une situation à risque de conduites éducatives non adaptées. Il a été rapporté un taux plus élevé de TDAH dans une population victime de maltraitance par rapport à une population non victime.

La prise en compte des caractéristiques de l'environnement social, familial et éducatif de l'enfant permet d'améliorer la prise en charge de l'enfant en adaptant les conseils aux parents, sans les stigmatiser ni les culpabiliser.

Cette évaluation concerne les domaines suivants

Le contexte familial
<ul style="list-style-type: none">Repérer un risque d'épuisement des parents pouvant conduire à des conduites éducatives mal adaptées par excès (discipline excessive) ou par défaut (désinvestissement)Rechercher une éventuelle situation de maltraitance
Le contexte socioéconomique
<ul style="list-style-type: none">Il peut avoir des conséquences sur l'accès aux soins secondairesIl fait partie du quotidien de l'enfant mais il ne doit pas influencer ni empêcher une analyse objective des symptômes
Le contexte socioculturel
<ul style="list-style-type: none">Les plaintes et les difficultés rapportées sont à interpréter en fonction des styles éducatifs

1.3 Examen clinique de l'enfant

Il n'existe pas de signe neurologique ou physique permettant de confirmer ou d'exclure le diagnostic de TDAH.

Recommandation

AE	Au stade du repérage, dans le cadre de la démarche diagnostique d'un TDAH, il est recommandé qu'un examen clinique complet de l'enfant soit pratiqué avec pour objectif d'explorer la symptomatologie présentée par l'enfant, éliminer un diagnostic différentiel et rechercher des comorbidités associées.
-----------	---

Cet examen comporte plus spécifiquement :

- un examen général : évaluation du développement physique de l'enfant : poids, taille, IMC, périmètre crânien ;
- l'évaluation du langage oral et écrit ;
- l'évaluation du développement psychomoteur ;
- la vérification de l'acuité visuelle et auditive ;
- un examen neurologique ;
- un examen cutané, (traces de traumatismes, taches cutanées évoquant une neurofibromatose, etc.) ;

- la recherche de comorbidités et/ou des diagnostics différentiels (voir liste ci-dessous) en s'appuyant si nécessaire sur des bilans complémentaires en particulier en évoquant et recherchant des troubles des apprentissages.

1.4 Examens complémentaires

Il n'y a pas, actuellement, d'examen complémentaire spécifique du TDAH.

Recommandation

AE	Dans le cadre de la démarche du repérage d'un TDAH par le médecin de premier recours, aucun examen complémentaire (biologique ou radiologique) n'est recommandé de manière systématique.
-----------	--

1.5 Devant des signes évocateurs d'un TDAH, autres hypothèses diagnostiques à envisager

Plusieurs pathologies présentent des signes proches ou apparentés à ceux du TDAH. Ces diagnostics peuvent en effet constituer :

- soit un diagnostic différentiel du TDAH et nécessiter alors une prise en charge spécifique du diagnostic identifié ;
- soit une comorbidité du TDAH (trouble associé à un diagnostic de TDAH) et nécessiter, quand cela est possible, une prise en charge propre, en plus de celle du TDAH.

Quelques-uns ne constituent qu'un diagnostic différentiel, ils sont alors mentionnés comme tel dans le tableau.

Principaux autres diagnostics (différentiels ou comorbidités)

Troubles	
Troubles des apprentissages (troubles spécifiques des apprentissages + troubles du langage + troubles de la coordination motrice)	<p>Troubles spécifiques des apprentissages : langage écrit (dyslexie, dysorthographe), écriture (dysgraphie), calcul (dyscalculie)</p> <p>Troubles du langage oral (dysphasie)</p> <p>Troubles de l'acquisition de la coordination motrice (dyspraxie, dysgraphie) pouvant se manifester aussi par de la maladresse, de faibles performances sportives et un retard dans l'exécution des activités motrices</p>
Troubles du comportement	<p>Troubles oppositionnels avec provocation (comportement hostile, provocateur, colérique)</p> <p>Troubles des conduites (comportements délictueux ou à l'encontre des règles sociales)</p>
Comportements à risque	<p>Consommation de substances psychoactives</p> <p>Comportement sexuel à risque</p> <p>Comportement à risque suicidaire</p> <p>Conduites délinquantes</p> <p>Accidents de la voie publique</p>
Troubles de l'usage de substances Autres addictions	<p>D'apparition plus précoce que dans la population générale</p> <p>A évoquer en particulier chez l'adolescent</p>
TSA (troubles du spectre autistique)	<p>Troubles de la communication et des interactions sociales</p>

Troubles	
Déficience intellectuelle	Difficultés d'accès à l'abstraction
Précocité intellectuelle	Habilité cognitive précoce
Troubles anxieux	Préoccupation excessive de l'enfant Anxiété généralisée, anxiété de performance Troubles obsessionnels compulsifs
Dépression	Tristesse, irritabilité Changement net par rapport au fonctionnement habituel antérieur Plus fréquente chez l'adolescent
Troubles bipolaires	Rechercher des antécédents familiaux de bipolarité Labilité de l'humeur et difficulté du contrôle émotionnel Évolution des symptômes par épisodes Rares avant l'adolescence
Syndrome de stress post-traumatique	Modifications du comportement suite à un traumatisme
Maltraitance vis-à-vis de l'enfant	À envisager systématiquement Toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence
Troubles du sommeil	L'insomnie, le syndrome de retard de phase et les parasomnies (sommambulisme, terreurs nocturnes) sont très fréquents.
Narcolepsie-cataplexie	Elle est caractérisée par l'association d'endormissements diurnes irrépressibles, de chutes brutales du tonus musculaire déclenchées par les émotions positives (cataplexies), d'hallucinations hypnagogiques et de paralysies de sommeil.
Énurésie	Comorbidité fréquente chez les enfants présentant un TDAH
Syndrome des jambes sans repos (SJSR)	Sensations désagréables dans les jambes accompagnées d'un besoin irrépressible de les bouger (impatiences), survenant au repos, soulagées par le mouvement et plus fortes le soir que la journée Le SJSR peut constituer un diagnostic différentiel de l'hyperactivité mais est par ailleurs une comorbidité fréquente du TDAH.
Tics et syndrome Gilles de la Tourette	Sous forme de mouvements phoniques ou physiques Le syndrome de Gilles de la Tourette se caractérise par des tics verbaux et moteurs.
Neurofibromatose de type NF1	Maladie génétique (autosomique dominante, fréquence estimée de 1/3 500) neurocutanée cliniquement hétérogène
Épilepsie	En particulier sous la forme d'absence avec une suspension brève et brutale de la conscience
Troubles	Caractéristiques : diagnostic différentiel uniquement
Déficit visuel ou auditif	Vérification systématique des capacités visuelles et auditives lors de l'examen clinique
Troubles respiratoires nocturnes	Ronchopathies Syndrome d'apnées du sommeil
Pathologies endocriniennes	Hyperthyroïdie Hyperplasie congénitale des surrénales
Intoxication	Plomb

Troubles	
	Mercure
Syndrome génétique	Retard mental lié à l'X, Microdélétion 22q11 (Di George), Microdélétion 15q11.2 (Prader-Willi/Angelman), Syndrome de Williams

Recommandation

AE	<p>En cas de suspicion de TDAH, il est recommandé d'envisager ces autres diagnostics (différentiels ou comorbidités), dont une liste (non exhaustive) est présentée dans le tableau ci-dessus.</p> <p>Parmi eux, certains troubles font partie des comorbidités les plus habituelles rapportées avec le TDAH (voir le détail de ces comorbidités en Annexe 2).</p> <p>Il est recommandé de rechercher systématiquement ces comorbidités, compte tenu de leur fréquence et parce qu'elles peuvent relever d'une prise en charge spécifique</p> <p>Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none">• des troubles des apprentissages : troubles spécifiques des apprentissages (lecture, écriture, calcul), troubles du langage oral, troubles d'acquisition de la coordination ;• des troubles oppositionnels avec provocation (TOP)/ troubles des conduites (TC) ;• des troubles émotionnels (dépression, trouble anxieux, etc.) ;• des troubles du sommeil. <p>Chez l'adolescent, il est recommandé de rechercher l'existence de conduites addictives (vis-à-vis de substances psychoactives ou une dépendance à certaines pratiques (telles que Internet, les jeux vidéo, etc.) et les modalités de consommation et d'usage (date de début, fréquence, quantité, etc.).</p>
-----------	---

1.6 Outils/questionnaires pouvant être utilisés par le médecin de premier recours dans la démarche diagnostique

Les échelles d'évaluation et les questionnaires sont un moyen efficace d'obtenir des informations de la part du patient et de son entourage. Ce ne sont pas des outils diagnostiques mais ils peuvent aider le praticien à argumenter son hypothèse diagnostique et sont utiles pour suivre l'évolution de l'enfant au cours du temps.

Certaines échelles sont disponibles gratuitement. Aucune échelle n'est spécifiquement destinée au médecin de premier recours ni n'a été validée pour ce contexte.

Parmi les outils existants, le groupe de travail propose d'utiliser, à titre d'exploration, l'échelle **SNAP-IV 26 Rating Scale** compte tenu de sa facilité d'accès et d'utilisation ou les **échelles de Conners** (parents et enseignants) dans leurs versions abrégées.

L'échelle **SNAP-IV 26** comporte des critères relatifs aux trois principaux symptômes—inattention, hyperactivité et impulsivité—du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Elle comprend également les critères du trouble oppositionnel avec provocation qui constitue une comorbidité

fréquente du TDAH. Il existe une version destinée au médecin et une destinée aux parents et aux enseignants.

D'autres échelles peuvent aussi être utilisées, telles que l'ADHD-RS qui permet de coter les symptômes listés dans le DSM et qui est à compléter par le médecin. Cette échelle est aussi disponible en annexe 7.

Les **échelles de Conners** permettent d'apprécier le comportement de l'enfant dans différents environnements : famille, école.

Ces échelles sont disponibles gratuitement sur le site de la CADDRA (voir Annexe [7](#)). Il est cependant à noter que la version française de ces échelles n'a pas été validée.

L'utilisation des échelles de Conners dans leurs versions complètes (CPRL-CPRS, CTRL-CTRS, Conners 3) est peu adaptée au repérage par le médecin de premier recours, car elles sont longues à compléter et leur analyse, plus complexe, nécessite l'acquisition d'un logiciel de cotation.

S'il le juge nécessaire, une évaluation psychométrique par un psychologue peut être demandée par le médecin de premier recours afin de confirmer une première orientation diagnostique, de vérifier l'absence de retard mental et de donner des pistes pour d'éventuelles comorbidités telles que les troubles des apprentissages. Il est rappelé que cette évaluation n'est actuellement pas prise en charge par la Sécurité sociale.

Il est à noter que cette évaluation psychométrique a pu déjà être réalisée par le psychologue scolaire à l'école ou par le COP au collège. Le médecin de premier recours peut se renseigner auprès de la famille pour savoir si une telle évaluation a eu lieu dans l'établissement scolaire fréquenté par l'enfant.⁴

1.7 Spécialistes vers qui le médecin de premier recours peut orienter un enfant présentant des signes de TDAH

Recommandation

AE	Après un bilan initial ayant conduit à évoquer un diagnostic de TDAH, il est recommandé d'orienter l'enfant et sa famille vers un médecin spécialiste ayant une bonne connaissance du trouble ⁵ . Cette orientation est choisie en tenant compte de l'organisation des soins dans la région où le médecin de premier recours exerce et du réseau dont il dispose.
-----------	---

La mission du spécialiste est d'approfondir l'évaluation, de poser le diagnostic de TDAH et de proposer la prise en charge la plus adaptée à l'enfant.

Pour cela, plusieurs échelles/questionnaires sont actuellement disponibles. Elles aident le praticien à évaluer l'impact fonctionnel du TDAH, rechercher des comorbidités associées et estimer l'évolution des symptômes.

Quelques-unes de ces échelles sont présentées à titre d'information en annexe. (**Voir Annexe 1**)

⁴ Il est rappelé que toute évaluation effectuée chez l'enfant doit être faite avec l'accord de ses parents

⁵ Médecin spécialiste ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH. Ce peut être un médecin psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, neuropédiatre ou neurologue.

2. Rôle du médecin de premier recours dans l'attente du diagnostic

2.1 Démarche de l'orientation vers un spécialiste

Au terme de l'évaluation, si le médecin de premier recours suspecte l'existence d'un TDAH, sa mission à ce stade est d'orienter l'enfant et sa famille vers un médecin spécialiste qui pourra poser le diagnostic.

Recommandation

AE	<p>Si le diagnostic de TDAH est envisagé sur la base des éléments recueillis lors de l'évaluation, il est recommandé que le médecin de premier recours :</p> <ul style="list-style-type: none">• informe la famille et l'enfant de l'hypothèse diagnostique d'un TDAH et que celle-ci doit être confirmée par un spécialiste qui assurera une évaluation plus approfondie et une prise en charge individualisée, en fonction ;<ul style="list-style-type: none">➤ de la sévérité des symptômes et de leurs répercussions,➤ des comorbidités identifiées lors de l'examen initial ;• oriente l'enfant et sa famille vers un médecin spécialiste ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH ;• fasse participer la famille dans la planification de l'approche thérapeutique.
-----------	--

2.2 Accompagnement de l'enfant et de sa famille

Recommandation

AE	<p>À ce stade, il est recommandé d'accompagner l'enfant et sa famille dans l'attente de la confirmation du diagnostic par les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• une information des familles sur les hypothèses diagnostiques et les modalités de traitement envisageables afin de les accompagner dans l'acceptation et la compréhension du diagnostic. <p>Ces informations sont essentielles pour aider l'enfant et son entourage à relativiser leur part de responsabilité vis-à-vis de ses difficultés ;</p> <ul style="list-style-type: none">• des conseils ou stratégies pour aider à gérer les difficultés du quotidien liées au trouble ;• un suivi régulier de l'enfant pour évaluer l'efficacité de ces mesures et l'évolution du trouble ;• une information des parents de l'existence d'associations de patients, auprès desquelles ils pourront trouver des renseignements pratiques et échanger leurs expériences et des réseaux de soins dédiés aux troubles des apprentissages, existant dans certains départements ;• une liaison avec les professionnels du milieu scolaire (médecin scolaire, psychologue scolaire, etc.) et de soins (orthophoniste, psychomotriciens, etc.) ;• une prise en charge des comorbidités déjà identifiées.
-----------	---

(Voir Conseils et stratégies à destination des parents et des enseignants en [Annexe 3](#))

2.3 Mesures d'accompagnement au niveau scolaire

Recommandation

AE

Il est recommandé de mettre en place un lien entre l'enseignant, la famille et les soignants, de préférence en passant par l'intermédiaire du médecin scolaire. Ce lien est primordial car il permet d'échanger autour des difficultés de l'enfant en milieu scolaire, de l'évolution des symptômes et de la réactualisation des aménagements pédagogiques quand elle est nécessaire.

En cas de troubles des apprentissages associés, leur retentissement s'observe non seulement sur les fonctions qu'ils affectent (dyslexie, dysgraphie, dyscalculie, etc.), mais aussi sur la confiance en soi de l'élève.

Les aménagements pédagogiques mis en place dans le cadre de la classe sont indissociables du reste de la prise en charge, il convient de les choisir en fonction de chaque élève et de ses besoins spécifiques.

Ces aménagements peuvent être :

- d'ordre éducatif : valoriser l'enfant, lui confier des « missions » qui lui permettent de bouger, le placer devant pour éviter les causes de distraction, l'aider à organiser son espace de travail, etc. ;
- d'ordre pédagogique : donner des consignes courtes et claires, proposer un exercice à la fois, utiliser des supports visuels, etc.

Afin que ces aménagements ne marginalisent pas davantage l'élève, il peut être utile de préparer son arrivée dans l'établissement, avec son accord et celui de sa famille. Cela peut consister à expliquer à l'équipe éducative, avec l'aide du médecin scolaire et des autres professionnels de la santé scolaire, quelles sont les particularités de l'enfant, en insistant sur la nature du trouble, les difficultés de concentration ou de comportement. Une explication auprès des autres élèves peut être aussi réalisée. Les enfants accepteront plus facilement la différence et un système de tutorat pourra se mettre en place.

Cela peut être réalisé par l'intermédiaire du personnel médical (médecin ou infirmière scolaire) au sein de l'Éducation nationale. Les personnels des réseaux d'aide spécialisés aux élèves en difficulté (RASED), en particulier les psychologues scolaires participent à cet accompagnement.

2.4 Prise en charge des comorbidités les plus fréquentes

2.4.1 Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques nécessitent d'être prises en charge par des spécialistes psychiatres ou souvent en association avec des psychologues cliniciens. Elles peuvent être abordées par différentes approches citées précédemment : TCC, psychothérapie psychodynamique, familiale (systémique ou psychanalytique), psychothérapie de soutien.

2.4.2 Troubles des apprentissages

Les rééducations sont indiquées et indispensables en cas de présence de troubles spécifiques des apprentissages : rééducation orthophonique en cas de trouble du développement du langage oral, écrit, ou du raisonnement logicomathématique, rééducation de psychomotricité ou ergothérapie pour les troubles de la coordination ou le contrôle de l'impulsivité et les capacités d'attention, rééducation en orthoptie dans les troubles de l'oculomotricité, les troubles neurovisuels et les

défauts de stratégies visuelles, rééducation neuropsychologique visant l'attention-concentration, la mémoire.

Elles permettent de travailler sur l'aménagement du lieu de travail, sa structuration, et sur les apprentissages.

Des aménagements pédagogiques adaptés aux troubles devraient être inclus dans le plan d'accompagnement personnalisé (PAP).

2.4.3 Troubles du sommeil

Pour certains de ces troubles (insomnie, syndrome de retard de phase, somnolence, parasomnies, syndrome des jambes sans repos), la prise en charge comportementale et pharmacologique du TDAH peut suffire à réduire de manière significative leur fréquence et leur intensité.

Si cela reste insuffisant, des mesures plus spécifiques sont à envisager.

- Un syndrome de retard de phase (retard à l'endormissement associé à une difficulté à se réveiller le matin) justifie de mettre en place des mesures chronobiologiques. Ces mesures comprennent l'instauration d'un temps calme privilégié avant le coucher, des horaires de coucher et lever réguliers, une augmentation de l'exposition lumineuse la journée et une limitation le soir, une incitation à l'activité physique dans la première partie de la journée.
- La persistance d'une somnolence diurne et la persistance de parasomnies invalidantes justifient l'orientation vers un spécialiste du sommeil.
- La persistance d'un syndrome des jambes sans repos justifie de rechercher une carence martiale afin de la traiter et/ou d'orienter l'enfant vers un spécialiste du sommeil.

3. Rôle du médecin de premier recours dans le suivi, une fois le diagnostic posé par le spécialiste

3.1 Objectifs du suivi

Le suivi de proximité est assuré par le médecin de premier recours, en complément du suivi spécifique mis en place par le médecin spécialiste. Cette étape est essentielle compte tenu de la nécessité d'adapter régulièrement la prise en charge du trouble en fonction de l'évolution des symptômes et de leurs retentissements.

Le médecin spécialiste pose le diagnostic et propose la prise en charge et les modalités du suivi. Ces modalités de suivi sont déterminées en fonction des spécificités de cette prise en charge et des caractéristiques du patient.

La prise en charge a pour but d'améliorer les symptômes du TDAH, les difficultés scolaires, le comportement psychosocial et leurs éventuels retentissements familiaux. Ce sont donc ces critères qui vont être évalués tout au long du suivi.

Le suivi a donc pour objectifs d'évaluer l'évolution des symptômes après la mise en route des modalités thérapeutiques puis d'adapter si besoin ces stratégies en lien avec les différents intervenants.

Cette évaluation doit tenir compte du fait que les manifestations du TDAH sur le comportement et l'apprentissage de l'enfant peuvent varier selon les environnements (maison, école, etc.) et les niveaux d'exigence demandés à l'enfant.

Recommandation

AE	<p>Il est recommandé de mettre en place un suivi régulier de l'enfant et de sa famille, quel que soit le choix de la prise en charge, avec ou sans médicament.</p> <p>Le suivi du médecin de premier recours est organisé en lien avec le médecin spécialiste et en collaboration avec les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des comorbidités de l'enfant. Au cours de ce suivi des liens avec les professionnels du milieu scolaire peuvent aussi être utiles pour juger de l'évolution de l'enfant.</p>
-----------	---

3.2 Information sur les prises en charge possibles

La prise en charge du TDAH est globale et doit être adaptée aux types de symptômes de l'enfant, à la sévérité de leurs retentissements et au choix du patient et de ses parents.

La prise en charge est destinée à agir à la fois sur les symptômes, sur le retentissement fonctionnel du TDAH (les fonctions sociales, l'estime de soi, les compétences scolaires...) et sur les comorbidités qui y sont associées.

Cette prise en charge comprend une prise en charge non médicamenteuse qui peut être associée selon les cas à une prise en charge médicamenteuse.

Elle comporte plusieurs axes d'intervention :

- une prise en charge des symptômes du TDAH ;

- une prise en charge des comorbidités ;
- une information et un soutien de l'enfant et de sa famille ;
- des conseils pour guider la famille et l'école dans l'approche éducative (en favorisant la mise en place d'aménagements pédagogiques appropriés).

Il est rappelé que quelles que soient les modalités de prise en charge, celle-ci est d'autant plus efficace qu'elle est précoce. Par ailleurs une prise en charge précoce a une action préventive sur certaines comorbidités (troubles des conduites, usages de substances psychoactives, etc.)

(voir détails des modalités de prise en charge en Annexe 4).

3.2.1 Prise en charge non médicamenteuse

La prise en charge non médicamenteuse comporte des mesures psychologiques, éducatives et sociales.

Le choix de ces mesures est à ajuster en fonction de leurs conditions d'accessibilité, en effet certaines de ces modalités de prise en charge ne sont pas disponibles sur tout le territoire et un certain nombre d'entre elles ne sont pas prises en charge financièrement par la collectivité.

On y retrouve des approches cognitivo-comportementales, psychodynamiques, systémiques et psycho-éducatives **(voir Annexe 4).**

3.2.2 Prise en charge médicamenteuse

En France, le méthylphénidate (MPH) est le seul traitement disponible à ce jour et indiqué pour le traitement pharmacologique du TDAH (Ritaline et Ritaline LP, Concerta LP et Quasym LP).

L'analyse de la littérature montre que le traitement médicamenteux :

- est efficace sur les symptômes du TDAH (attention, hyperactivité, impulsivité) à court terme ;
- aide à la prise en charge des troubles cognitifs (déficits attentionnels, déficit des fonctions exécutives incluant mémoire de travail, planification) ;
- a un effet favorable sur le retentissement secondaire (troubles des apprentissages, relation sociale, estime de soi, comportement d'opposition).

Il s'agit d'un traitement symptomatique et non curatif, qui est d'autant plus efficace qu'il est initié avant l'adolescence.

3.2.3 Association des différentes modalités de prise en charge

L'intérêt d'une approche multimodale (combinaison selon les cas de thérapies non médicamenteuses, d'interventions éducatives, d'interventions psychosociales et de traitement pharmacologique) a été démontré dans plusieurs études.

Cette approche thérapeutique est plus efficace pour traiter l'ensemble des symptômes et agir sur leur impact dans les différents domaines de la vie du patient.

Elle permet une prise en charge adaptée aux besoins de chaque enfant et de son entourage.

3.2.4 Intérêt des thérapies alternatives

L'utilisation de méthodes à base de plantes (phytothérapie), d'agents nutritionnels (Oméga 3 Oméga 6, magnésium marin, etc.), ou de régime sans colorants, en tant que thérapies alternatives ou complémentaires dans le TDAH, n'a pas été validée à ce jour par des données scientifiques.

3.3 Fréquence du suivi

La fréquence du suivi par le médecin de premier recours est à adapter en fonction du suivi mis en place par le spécialiste afin que ces consultations soient complémentaires.

Recommandation

AE	Afin d'évaluer l'efficacité et l'adéquation des thérapeutiques proposées, il est recommandé que le suivi de l'enfant et de sa famille ait lieu de façon rapprochée, en particulier en début de prise en charge.
-----------	---

En particulier, en cas de mise en route d'un traitement médicamenteux, la fréquence du suivi est conditionnée par la fréquence de renouvellement du traitement qui a lieu tous les 28 jours.

En l'absence de traitement médicamenteux, la fréquence du suivi est à adapter en fonction de la sévérité des symptômes et des comorbidités associées, idéalement tous les 3 à 6 mois.

3.4 Modalités du suivi de la prise en charge

Recommandation

AE	Au cours des visites de suivi, il est recommandé de considérer, lors de l'examen clinique et par un entretien avec l'enfant et sa famille, les différents domaines concernés par le TDAH : médical, psychosocial, scolaire, éducatif et psychologique.
-----------	--

La prise en compte de ces différents domaines permet :

- au niveau **médical**, d'apprécier les modifications des signes spécifiques du TDAH (troubles d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité) en précisant leur évolution en fonction du traitement mis en place, des contextes extérieurs (stress, fatigue, etc.), l'évolution des comorbidités, ainsi que la tolérance et l'observance en cas de traitement médicamenteux ;
- au niveau **psychosocial et éducatif**, de rechercher la façon dont ont évolués ;
 - le fonctionnement familial,
 - le comportement de l'enfant au domicile,
 - les relations avec les pairs,
 - le comportement de l'enfant lors des activités extérieures⁶ ;
- au niveau **de la scolarité**, de réévaluer ;
 - le comportement de l'enfant en milieu scolaire, ses relations avec les enseignants et avec ses pairs,
 - les progrès scolaires, la gestion du travail scolaire, les objectifs scolaires,
 - les adaptations mises en place au niveau scolaire ;
- au niveau **psychologique**, de faire le point sur ;
 - la perception par l'enfant et sa famille du TDAH,
 - leur adhésion aux modalités thérapeutiques mises en place,
 - l'évolution de l'estime de soi de l'enfant,
 - les compétences et succès personnels de l'enfant.

Une fois ce bilan effectué, différentes stratégies d'adaptation, déjà proposées lors de la prise en charge, peuvent être rappelées à l'enfant et à sa famille pour réduire certaines difficultés (voir tableau en annexe 3).

⁶ Il est appelé que la mise sous méthylphénidate ne constitue pas en tant que telle une contre-indication à la pratique d'un sport.

3.5 Particularités du suivi en cas de traitement pharmacologique

3.5.1 Surveillance de l'observance et de la tolérance au traitement médicamenteux

Observance

Recommandation

AE	<p>En cas de prescription de méthylphénidate, lors de chaque visite de suivi, il est recommandé d'évaluer le niveau d'observance du traitement.</p> <p>Si des difficultés d'observance sont constatées, il est recommandé d'en rechercher les causes auprès de la famille et de l'enfant.</p>
-----------	---

En cas de crainte d'effets indésirables ou d'inquiétude des parents vis-à-vis du traitement, il est conseillé d'apporter à l'enfant et à sa famille une information éclairée et adaptée.

Compte tenu des spécificités de ce trouble, les oublis ont tendance à être fréquents, pour y pallier des mesures pouvant faciliter l'organisation des prises (utiliser un pense-bête [ex. alarme sur smartphone], associer la [ou les] prise[s] à des moments précis de la journée [ex. petit déjeuner], utiliser un pilulier, etc.) peuvent être proposées aux parents.

Tolérance

Recommandation

AE	<p>Afin de surveiller la tolérance au traitement, il est recommandé de conduire un examen médical incluant :</p> <ul style="list-style-type: none">• à l'interrogatoire : la recherche d'effets indésirables, le niveau d'appétit de l'enfant, la qualité du sommeil ;• à l'examen clinique, la surveillance au minimum de :<ul style="list-style-type: none">➤ la courbe staturo-pondérale,➤ la pression artérielle et la fréquence cardiaque. <p>La plupart des effets indésirables rapportés avec le méthylphénidate sont transitoires et modérés. S'ils ne compromettent pas la santé de l'enfant, ni n'aggravent les symptômes du TDAH, il est recommandé dans un premier temps de les surveiller avant d'envisager de modifier le traitement, en lien avec le spécialiste prescripteur.</p>
-----------	---

Cependant, il est rappelé que tout effet indésirable, en particulier grave ou inattendu, doit être signalé au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) dont dépend le médecin.

Certains effets indésirables nécessitent une surveillance particulière, notamment lors d'une prescription au long cours.

Le ralentissement du développement staturo-pondéral

L'action du méthylphénidate sur la croissance serait dose-dépendante et elle est réversible à l'arrêt du traitement.

Recommandation

AE	En cas de ralentissement avéré sur la courbe de croissance, il est recommandé d'orienter l'enfant vers le spécialiste primoprescripteur afin d'adapter la prise en charge thérapeutique.
-----------	--

Le retentissement cardio-vasculaire

L'administration de méthylphénidate peut entraîner une augmentation de la pression artérielle (PA) et de la fréquence cardiaque. Ces manifestations, réversibles à l'arrêt, peuvent apparaître dès l'initiation du traitement et dans certains cas peuvent persister pendant toute la durée du traitement.

Recommandation

AE	<p>Au cours du traitement par méthylphénidate, il est recommandé de surveiller la pression artérielle et la fréquence cardiaque, lors de chaque consultation.</p> <p>En cas d'anomalie observée lors du suivi (élévation de la pression artérielle ou de la fréquence cardiaque, souffle cardiaque, palpitations, syncope inexpliquée, dyspnée, etc.), il est recommandé de prendre contact avec le spécialiste primoprescripteur pour l'informer de la survenue de ces troubles, et d'orienter le patient vers un cardiologue. Une suspension temporaire du traitement est possible en fonction de la sévérité clinique.</p>
-----------	---

Il est rappelé qu'il est souvent observé une élévation moyenne de 10 mmHg de la PA, lors de la mise sous traitement par méthylphénidate.

Les troubles du sommeil

Des troubles du sommeil peuvent être liés aux symptômes du TDAH. Mais ces troubles peuvent aussi survenir ou être aggravés par le traitement médicamenteux.

Cet effet secondaire fréquent doit faire l'objet d'une attention particulière dans la mesure où la réduction du temps de sommeil, la tension générée par la résistance au coucher représentent un frein au bon déroulement de la prise en charge.

Recommandation

AE	En cas de troubles du sommeil persistants et occasionnant un frein à la prise en charge, il est recommandé d'orienter vers le spécialiste primoprescripteur afin que le schéma de prescription soit adapté (préférence pour les formes galénique de durée d'action plus courte, ajustement des prises du midi et de l'après-midi, dans certains cas nécessité d'une prise en fin d'AM permettant de faciliter l'accès au sommeil, etc.)
-----------	---

Les symptômes psychiatriques

Les troubles psychiatriques comorbides (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, troubles anxieux, dépression...) sont fréquents dans le TDAH et doivent être pris en compte lors de la prescription de psychostimulants.

Le méthylphénidate n'est pas recommandé chez les patients avec un diagnostic ou des antécédents de troubles psychiatriques (par ex. : dépression sévère, manie, schizophrénie, anorexie mentale ou troubles anorexiques, tendances suicidaires, symptômes psychotiques, etc.) .

Certains troubles psychiatriques (ou exacerbation de troubles préexistants) ont été rapportés avec le méthylphénidate : aggravation de l'anxiété, dépression, survenue de symptômes psychotiques ou maniaques.

Face à des idées ou un comportement suicidaires au cours du traitement, le lien de causalité avec le méthylphénidate doit être évalué et son arrêt envisagé.

Recommandation

AE	<p>Il est recommandé de surveiller la survenue ou l'aggravation de troubles psychiatriques à l'instauration du traitement et à chaque augmentation de posologie.</p> <p>En cas d'apparition de troubles il est recommandé d'orienter l'enfant vers le spécialiste primo-prescripteur afin d'évaluer le rôle du méthylphénidate.</p>
-----------	---

Les troubles du comportement

La survenue ou l'aggravation d'une agressivité ou d'un comportement hostile ont été observées sous méthylphénidate.

Recommandation

AE	<p>Il est recommandé de surveiller l'apparition ou l'aggravation d'une agressivité ou d'un comportement hostile au début du traitement, à chaque ajustement de doses puis à chaque visite.</p> <p>La persistance de cette symptomatologie peut conduire à réajuster la posologie en lien avec le spécialiste primoprescripteur.</p>
-----------	---

Le risque épileptogène

Le méthylphénidate peut abaisser le seuil épileptogène et doit être utilisé avec prudence chez les patients atteints d'épilepsie. Mais il n'est pas contre-indiqué en cas d'épilepsie stable.

Recommandation

AE	<p>En cas d'augmentation de la fréquence des convulsions ou d'apparition récente de convulsions, il est recommandé d'interrompre le méthylphénidate et d'orienter le patient vers le spécialiste primoprescripteur afin de réévaluer les modalités de prise en charge.</p>
-----------	--

Les tics

Recommandation

AE	<p>Il est recommandé de surveiller l'apparition ou l'aggravation de tics moteurs ou verbaux, régulièrement au cours du traitement.</p>
-----------	--

3.5.2 Stratégies de prise en charge de certains effets indésirables

Pour certains effets indésirables fréquents et non graves, des stratégies de prise en charge de l'effet peuvent être proposées pour améliorer la tolérance au traitement. Les modifications thérapeutiques (changement de traitement, adaptation des doses, interruptions de traitement, etc.) sont à envisager après avoir pris l'avis du spécialiste primoprescripteur.

Effets indésirables	Adaptations envisagées
Anorexie, perte de poids, douleurs gastriques	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en cours de ou après le repas • Petit déjeuner copieux et prise d'un goûter • Limiter les prises aux moments indispensables et prévoir des fenêtres thérapeutiques (lors des week-ends, vacances) • Prendre si besoin l'avis d'un diététicien
Insomnie	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir un temps calme après l'école • Favoriser les prises en début de journée • Interrompre les prises l'après-midi ou le soir • Changer pour un traitement à action courte et/ou si besoin considérer une prise en charge alternative
Irritabilité de rebond/sauts d'humeur (généralement en cas d'épuisement thérapeutique)	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le chevauchement des doses • Étaler les doses • Essayer des formes LP ou l'association de formes à demi-vie courte et longue
Irritabilité, dysphorie, agitation	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le moment d'apparition des symptômes • Rechercher des comorbidités associées • Diminuer les doses ou changer pour une forme LP • Si besoin considérer une prise en charge alternative
Tics (vocaux simples, moteurs)	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller la fréquence des tics • Peser le bénéfice/risque en discutant avec les parents • Si besoin considérer une prise en charge alternative
Céphalées	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'heure d'apparition • Réduire les doses puis ré augmenter progressivement jusqu'à la dose thérapeutique efficace • Essayer les formes LP • Si besoin considérer une prise en charge alternative
Ralentissement de la courbe de croissance	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter les prises aux moments indispensables et prévoir des fenêtres thérapeutiques (lors des week-ends, vacances) • Si besoin considérer une prise en charge alternative

3.5.3 Règles de prescription : renouvellement des ordonnances

La prescription initiale et les renouvellements annuels sont réservés aux spécialistes et/ou services hospitaliers spécialisés en neurologie, en psychiatrie ou en pédiatrie.

Les autres renouvellements peuvent être faits par tout médecin, avec possibilité d'adapter les posologies ([voir en annexe 8 Décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 - art. 2](#)).

Lors d'un renouvellement, le méthylphénidate ne peut être délivré par le pharmacien que sur présentation simultanée de l'ordonnance de renouvellement et de l'original de la prescription initiale annuelle hospitalière datant de moins de 1 an (voir détails des règles de prescription et du suivi du traitement en Annexe 5).

Recommandation

AE	<p>Le méthylphénidate étant soumis à des règles de prescription particulières, il est recommandé d'informer les parents des procédures de délivrance qu'ils devront suivre.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ils doivent choisir une pharmacie où sera délivré le traitement. Le nom du pharmacien désigné devra être inscrit sur l'ordonnance.• Ils doivent présenter l'ordonnance à la pharmacie dans les 3 jours suivant sa date d'établissement pour que la délivrance soit exécutée dans sa totalité. Au-delà de ce délai, elle n'est exécutée que pour la durée de traitement restant à courir.• Une même ordonnance ne peut pas faire l'objet d'un renouvellement de la délivrance.
-----------	---

4. Coordination entre le médecin de premier recours et les autres intervenants de santé

4.1 Coordination avec le médecin spécialiste

Il est essentiel que des échanges réguliers soient mis en place entre le médecin de premier recours et le médecin spécialiste.

Recommandation

AE	<p>Il est recommandé que le médecin de premier recours informe le médecin spécialiste de l'évolution du trouble, des événements intercurrents et des éventuels effets secondaires constatés chez l'enfant. Par ailleurs, la survenue de certains effets indésirables nécessite une prise en charge en collaboration avec le médecin spécialiste.</p> <p>Il est essentiel que le médecin spécialiste adresse au médecin de premier recours le compte rendu du bilan diagnostique incluant une synthèse des résultats des tests pratiqués.</p>
-----------	--

Des réunions de synthèse, telles que celles effectuées dans le cadre des « réseaux de santé » lorsqu'ils existent, peuvent être l'occasion de partager ces informations.

4.2 Coordination avec les autres professionnels prenant en charge l'enfant (orthophoniste, psychologue, psychomotricien...)

Recommandation

AE	<p>Lorsque l'enfant est suivi pour une comorbidité par un autre professionnel (orthophoniste, psychologue, psychomotricien...), il est recommandé que le médecin de premier recours soit en contact régulier avec ce professionnel afin de coordonner leurs prises en charge, et de partager leurs évaluations de l'évolution comportementale de l'enfant.</p>
-----------	--

4.2.1 Les liens avec l'orthophoniste

L'orthophoniste est un professionnel de santé qui travaille sur prescription médicale, et les liens avec le médecin sont, de ce fait, facilités. Les informations qu'il peut apporter au médecin sont de plusieurs ordres.

- Sur le plan diagnostique : beaucoup d'enfants qui présentent un TDAH ont des difficultés scolaires, et beaucoup d'entre eux en raison d'un trouble spécifique des apprentissages comorbide. Le bilan orthophonique peut donc apporter des renseignements sur la nature des difficultés scolaires de l'enfant et notamment sur un éventuel trouble spécifique comorbide nécessitant un traitement orthophonique.
- Sur le plan comportemental et cognitif : l'observation du comportement de l'enfant durant les séances de rééducation permet de mieux évaluer les conséquences du TDAH sur les apprentissages, que ce soit le facteur attentionnel, d'impulsivité ou d'agitation motrice. Le travail en individuel permet de connaître les aptitudes de l'enfant à contrôler son comportement, à soutenir son attention, à maîtriser son impulsivité. Des stratégies sont expérimentées pour arriver à une meilleure adaptation à la situation d'apprentissage.

- Sur le plan de l'évaluation du traitement médicamenteux quand il y en a un : les indications de l'orthophoniste sur les observations concernant le changement ou non du comportement suite à un éventuel traitement permettent au médecin d'avoir un avis extérieur sur son efficacité. L'orthophoniste peut alors à la demande du médecin remplir des grilles d'évaluation du comportement qui permettent à ce dernier d'évaluer l'efficacité du traitement sur le comportement de l'enfant en situation d'apprentissage.
- Sur le plan des relations avec l'école : l'orthophoniste est souvent en lien avec l'école et peut faire le lien avec l'institution scolaire concernant les adaptations scolaires nécessaires et avoir un retour sur le comportement de l'enfant en situation d'apprentissage en grand groupe et sur ses relations avec les pairs.

4.2.2 Les liens avec le psychologue

Les liens entre le médecin et le psychologue engagé auprès de l'enfant doivent être établis de manière soutenue dès lors que l'enfant est suivi, et se poursuivre dans la continuité.

Suivant la fonction occupée par le psychologue (consultant de la famille, psychothérapeute, psychologue en charge d'un bilan psychologique, soignant dans un groupe thérapeutique, etc.), la nature de ces liens est susceptible, néanmoins, de varier.

- Si l'enfant est suivi par un psychologue dans un cadre libéral, celui-ci devient l'interlocuteur direct du médecin.
- Si l'enfant est suivi au sein d'une équipe pédopsychiatrique pluridisciplinaire, un interlocuteur privilégié (appelé suivant les lieux consultant ou référent) sera désigné. Il peut être soit psychologue, soit pédopsychiatre, et seul celui-ci pourra être en contact avec le médecin de premier recours.

Parmi les psychologues, les psychologues spécialisés en neuropsychologie ou en psychologie du développement sont plus particulièrement spécialisés dans la pratique des tests d'évaluation cognitive, et sont de plus en plus souvent sollicités par les spécialistes pour étayer le diagnostic (en particulier dans les formes avec troubles de l'attention prédominants), aider au suivi et apprécier l'efficacité des traitements.

Certains d'entre eux, notamment les psychologues spécialisés en neuropsychologie, pratiquent également des rééducations des fonctions cognitives (attention, fonctions exécutives, mémoire de travail, etc.).

4.2.3 Les liens avec le psychomotricien

Le psychomotricien est un professionnel exerçant en libéral ou en institution. Il a la formation et les compétences nécessaires pour participer à l'évaluation des troubles moteurs : ceux qui constituent les symptômes du TDAH (hyperactivité, impulsivité), ceux qui font partie des comorbidités (trouble de l'acquisition de la coordination et dysgraphie), ainsi que les troubles cognitifs associés au TDAH (fonctions attentionnelles, fonctions exécutives, aversion au délai).

Il est en mesure d'apprécier l'évolution des manifestations symptomatiques et dispose d'un ensemble de tests étalonnés pour ce faire.

Il joue un rôle central dans la mise en œuvre des prises en charge rééducatives axées sur les fonctions motrices et/ou cognitives et la relaxation.

4.2.4 Les liens avec l'ergothérapeute

Le processus d'intervention en ergothérapie est basé sur le modèle de résolution de problème.

Les enfants sont souvent adressés pour des symptômes : dysgraphie, difficultés d'organisation, etc. qui sont les conséquences du trouble déficitaire de l'attention.

L'ergothérapeute, après avoir évalué l'impact fonctionnel du TDAH sur les activités scolaires et quotidiennes de l'enfant, détermine les objectifs à atteindre en établissant un programme d'intervention qui sera mis en œuvre et évalué.

L'ergothérapeute peut remédier par exemple :

- à la dysgraphie par des techniques de (ré)éducation et/ou de (ré)adaptation en envisageant des moyens de compensation technologiques ;
- aux difficultés d'organisation en proposant des aides à la planification (séquencer les étapes, etc.) ;
- aux difficultés d'inhibition motrice et cognitive en utilisant des scripts (scénario à suivre, etc.),
- à la lenteur en établissant des priorités de réalisation.

L'ergothérapeute, par son approche, peut aider l'enfant à prendre conscience de ses difficultés, à planifier et à développer ses capacités d'autocontrôle afin de généraliser et transférer les acquis dans les actes importants de sa vie quotidienne aussi bien à l'école qu'au domicile, mais aussi dans ses loisirs.

4.3 Coordination avec les professionnels de l'Éducation nationale

4.3.1 L'enseignant

L'enseignant tient un rôle central de par le soutien et les adaptations pédagogiques qu'il pourra apporter à l'enfant.

Recommandation

AE	<p>Il est recommandé que l'enseignant soit informé des difficultés de l'enfant et des adaptations possibles pour y remédier.</p> <p>Cette information peut être transmise par le médecin scolaire, l'infirmière scolaire ou par un des médecins prenant en charge l'enfant, toujours avec l'accord des parents et de l'enfant. Cette information peut aussi être transmise par les parents.</p>
-----------	---

4.3.2 Les professionnels de l'Éducation nationale dans le domaine de la santé

Plusieurs professionnels au sein de l'Éducation nationale peuvent être un relais du médecin de premier recours.

Il peut s'agir :

- du médecin scolaire ;
- de l'infirmière scolaire ;
- du psychologue scolaire (ou conseiller d'orientation psychologue [COP] au second degré).

Ces professionnels sont souvent en première ligne pour apprécier les difficultés de l'enfant et se rendre compte de leur évolution dans le temps.

Ils apportent leur éclairage sur le parcours de l'enfant. Ils sont donc des interlocuteurs privilégiés au stade de repérage pour le médecin de premier recours. Dans ce cadre, ils peuvent apporter une aide au diagnostic en réalisant certains bilans qui pourront être utiles au spécialiste. Les échanges avec ces professionnels se font nécessairement avec l'accord préalable de la famille.

Les missions de ces professionnels sont [détaillées en Annexe 6](#).

4.3.3 Les relations avec les professionnels de l'Éducation nationale

Recommandation

AE	<p>Dans le cadre du suivi de l'enfant, et si cela n'a pas été fait au préalable, il est recommandé qu'un lien soit établi, avec l'accord des parents, entre le médecin de premier recours et le personnel médical de l'Éducation nationale (médecin et/ou infirmière), et en premier lieu le médecin qui assure le suivi au sein de l'établissement scolaire des élèves présentant des difficultés scolaires liées à un TDAH.</p> <p>Il est recommandé d'informer le patient et sa famille de la confidentialité des échanges effectués entre les intervenants.</p>
-----------	---

Le médecin de premier recours ayant un enfant présentant un TDAH dans sa patientèle aura régulièrement à interagir avec les personnels de l'Éducation nationale, tout particulièrement le médecin de santé scolaire, l'infirmier scolaire et le psychologue scolaire (ou le COP dans le second degré).

Cette interaction est d'autant plus cruciale que le TDAH a une incidence scolaire importante, que ce soit dans le domaine de la vie scolaire, en relation avec les éventuels comportements perturbateurs, ou des apprentissages eux-mêmes, en relation avec le trouble de l'attention.

Recommandation

AE	<p>Il est recommandé que le médecin de premier recours fasse appel aussi souvent que nécessaire au médecin de santé scolaire à chaque fois qu'il s'agira :</p> <ul style="list-style-type: none">• de recueillir son avis afin de mieux appréhender le retentissement sur les apprentissages et dans la vie scolaire ;• de faciliter la demande de renseignements, en particulier auprès des enseignants (avec l'aide éventuelle de questionnaires) ;• de s'assurer que les enseignants ont bien pris la mesure de la nature et de la sévérité de chaque cas et ce sur toute la durée de l'année scolaire, éventuellement en suggérant la tenue d'une nouvelle « équipe éducative » lorsque survient un événement médical nouveau ;• de répondre aux questions de l'enseignant et de lui proposer des stratégies pour faciliter la scolarisation de l'élève.
-----------	---

4.3.4 Les accompagnements scolaires et le cadre de ces échanges

Lorsqu'un élève rencontre une difficulté spécifique, la famille, l'enseignant, le directeur ou le chef d'établissement peuvent proposer de se rencontrer dans le cadre d'une « équipe éducative ». Cette réunion permet les échanges entre ces différents acteurs de la prise en charge et le suivi de l'enfant, dans l'école (psychologue scolaire, médecin scolaire, etc.) et hors de l'école. Le médecin de premier recours peut y être invité, de même que certains acteurs de l'équipe soignante.

Il existe en milieu scolaire des dispositifs d'aide et d'accompagnement qui peuvent concerner les enfants avec un TDAH. Ils peuvent être mis en place au sein des établissements scolaires en fonction de la situation et des difficultés de l'enfant.

Plusieurs dispositifs régis par les textes existent, leur choix dépend de la situation de l'enfant.

- **PPRE**⁷ lorsqu'il est question de difficultés scolaires transitoires

Plan d'actions conçu pour répondre aux besoins d'un élève lorsqu'il apparaît qu'il risque de ne pas maîtriser les connaissances et les compétences du socle commun. Il est élaboré par l'équipe pédagogique, discuté avec les parents et présenté à l'élève. Ce dispositif est cependant peu adapté aux troubles persistant sur le long terme tels que le TDAH.

- **PAI**⁸ au bénéfice de l'enfant souffrant d'un trouble durable de la santé ou lorsque l'enfant doit prendre des médicaments au sein de l'établissement scolaire

Il a pour objectif de définir la prise en charge dans le cadre scolaire de l'élève en fonction de ses besoins et d'assurer la communication avec la communauté éducative. Le PAI est un document écrit, élaboré à la demande de la famille par le directeur de la collectivité et le médecin scolaire (ou celui de la structure d'accueil), à partir des données transmises par le médecin qui soigne l'enfant. Afin de respecter le code de déontologie, aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document.

- **PAP**⁹, nouvelle disposition prévue dans la loi de juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, les modalités de sa mise en œuvre sont en cours d'élaboration

Il s'agit d'un dispositif d'accompagnement pédagogique qui s'adresse aux élèves du premier ou second degré dont les difficultés scolaires durables sont la conséquence d'un trouble des apprentissages. Il est indiqué lorsque la situation de l'élève ne nécessite pas de solliciter la MDPH. Le PAP peut être proposé par les enseignants ou demandé par la famille et sa mise en place fait suite à un examen des troubles par le médecin scolaire ou par le médecin qui suit l'enfant.

Il précise, *via* un document type, la situation de l'élève, les aménagements et les mesures pédagogiques adaptés à mettre en œuvre. Ce document suit l'élève tout au long de sa scolarité, tant qu'il en bénéficie.

Il peut être adapté pour un enfant présentant un TDAH chaque fois qu'il a besoin d'aménagements et d'adaptations pédagogiques.

- **PPS**¹⁰ dès lors que l'enfant a des droits ouverts à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) au titre du handicap

En cas de retentissement sévère des symptômes sur la scolarisation de l'enfant, le parcours scolaire de ces élèves fait alors l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS). La famille peut saisir la MDPH afin que soient examinés la situation de l'enfant et ses besoins.

Ce projet est élaboré, par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH à partir des besoins identifiés. Il vise à organiser la scolarité de l'élève qui en bénéficie. Il précise les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales à mettre en place. Il peut être assorti de différentes décisions, concernant par exemple l'accompagnement de l'enfant ou l'orientation.

⁷ PPRE : programme personnalisé de réussite éducative

⁸ PAI : projet d'accueil individualisé

⁹ PAP plan d'accompagnement personnalisé

¹⁰ PPS : projet personnalisé de scolarisation

Recommandation

AE

Il est recommandé que le médecin de premier recours puisse conseiller les familles concernant les différents accompagnements scolaires dont l'enfant peut bénéficier. Il est conseillé aux parents de prendre contact avec le médecin scolaire de l'enfant pour discuter des mesures les plus adaptées à l'enfant.

4.4 Comment cette prise en charge s'articule-t-elle avec les réseaux pluridisciplinaires

Des réseaux de santé centrés sur les troubles des apprentissages incluant le TDAH ont vu le jour dans de nombreuses régions en France pour coordonner les soins. Ils regroupent tous les acteurs concernés par les troubles des apprentissages (selon les cas : médecin scolaire, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, neuropsychologue, psychologue clinicien, psychiatre, médecin de l'enfant, coordonnateur du réseau).

Ces réseaux de santé permettent d'apporter un appui aux médecins prenant en charge le TDAH (médecin de premier recours et médecin spécialiste), dans la coordination des différentes prises en charge.

Dans ce cadre, des réunions de synthèse pluridisciplinaires permettent au médecin de prescrire les différents bilans et rééducations, en collaboration avec l'ensemble des partenaires soignants de l'enfant, tout en s'assurant de leur comptabilité et en les priorisant pour éviter un surcroît de fatigue et préserver la qualité de vie de l'enfant. Elles permettent ensuite de porter un diagnostic et de prioriser les soins.

Le médecin peut aussi témoigner du ressenti familial des troubles et apporter une approche de terrain. Ces réseaux peuvent également être pour lui un lieu de formation sur les troubles des apprentissages.

Annexe 1. Bilans spécialisés

Plusieurs échelles/questionnaires sont actuellement disponibles pour aider le spécialiste à évaluer l'impact fonctionnel du TDAH, rechercher des comorbidités associées et estimer l'évolution des symptômes, afin de proposer la prise en charge la plus adaptée à l'enfant.

Cependant, aucune échelle ou questionnaire ne permet, à lui seul, d'affirmer un diagnostic de TDAH. Il n'existe pas d'échelle de diagnostic validée de référence mais certaines telles que les échelles de Conners sont plus connues car souvent mentionnées comme outil dans la littérature.

D'une façon générale, ces échelles sont destinées à recueillir auprès de l'enfant, et des différents interlocuteurs ou membres de l'entourage de l'enfant, des informations qui permettront d'étayer le diagnostic.

Cependant, le spécialiste ne conduit pas seul cette démarche diagnostique, elle nécessite une approche multiaxiale et souvent multidisciplinaire. À ce stade il coordonne l'évaluation globale de l'enfant pouvant inclure :

- une évaluation de l'efficacité intellectuelle, (par ex. WISC IV, KABC-2) ;
- une évaluation des fonctions attentionnelles et fonctions exécutives (TAP, K-TAP TEA-CH, NEPSY II, CPT, TIFA, BRIEF, ...) ;
- une évaluation psychopathologique ;
- un bilan orthophonique ;
- un bilan psychomoteur.

La confrontation et la synthèse de ces évaluations permettront au spécialiste de poser s'il y a lieu le diagnostic de TDAH.

Annexe 2. Comorbidités

Les comorbidités le plus fréquemment observées chez l'enfant sont les suivantes.

1. Troubles des apprentissages

Les troubles des apprentissages repérés en milieu scolaire sont fréquemment associés au TDAH. Ils comprennent les troubles spécifiques des apprentissages (de 25 à 40 %), les troubles du langage et les troubles de l'acquisition de la coordination.

Les troubles spécifiques des apprentissages affectent plus particulièrement les apprentissages scolaires : langage écrit (dyslexie et dysorthographe, dysgraphie) et mathématiques (dyscalculie).

Les autres troubles du développement affectent le langage oral (trouble du langage oral ou dysphasie) et la motricité (**trouble de l'acquisition de la coordination ou dyspraxie développementale**).

Ces troubles correspondent à une atteinte durable et persistante des fonctions cognitives ou des apprentissages chez des enfants dont l'intelligence est normale.

2. Les troubles oppositionnels avec provocation (TOP) et les troubles des conduites (TC)

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) (environ 35 % des cas de TDAH) comprend un ensemble de comportements, hostiles ou provocateurs pendant au moins 6 mois, associé aux manifestations suivantes : colérique, contestataire, refus des règles imposées par les adultes, ayant tendance à « embêter » souvent les autres, avec une intensité ou une fréquence telle qu'elle entraîne un retentissement sur la vie de l'enfant.

Le trouble des conduites (TC) (environ 25 % des cas de TDAH) regroupe un ensemble de comportements répétitifs et persistants qui menacent les droits d'autrui et les règles sociales. Ces comportements regroupent des agressions physiques ou verbales.

Les enfants ayant ce type de comorbidités présentent un risque accru de développer des addictions ainsi qu'un risque accru de conduites délinquantes associé au trouble des conduites et un risque accru de troubles dépressifs dans l'évolution des troubles oppositionnels.

3. Troubles émotionnels : troubles de l'humeur et troubles anxieux

Il s'agit essentiellement de l'anxiété (environ 15 à 31 % des cas de TDAH) et de la dépression (environ 20 à 37 % des cas de TDAH). Dans le cadre du TDAH, ces troubles peuvent être consécutifs à des échecs scolaires et/ou des difficultés dans les relations sociales. Il est recommandé de les rechercher plus particulièrement en cas de faible estime de soi manifeste ou de sentiment d'insécurité ressenti par l'enfant.

Ces troubles sont souvent peu apparents chez l'enfant et peuvent être ignorés des parents. Il est donc recommandé de toujours les rechercher chez un enfant présentant un TDAH en s'appuyant sur l'interrogatoire de l'enfant et de ses parents.

En tant que trouble émotionnel, l'irritabilité fait actuellement l'objet de recherches afin de mieux la définir en tant que dimension clinique. L'objectif serait de pouvoir distinguer l'irritabilité passagère et/ou évoluant par crises, rapportée avec les troubles bipolaires, des formes chroniques et non épisodiques d'irritabilité qui constitueraient une entité diagnostique à part entière. Il a en effet été rapporté qu'une partie significative (mais non précisée) des TDAH souffre de ce syndrome, caractérisé par des accès d'agressivité avec irritabilité, sur un fond de trouble de l'humeur permanent.

Cette nouvelle entité a été rajoutée dans le DSM-5 sous la terminologie « *Disruptive mood dysregulation disorder* » (que l'on pourrait traduire par « Troubles perturbateurs de la régulation de l'humeur »).

4. Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil constituent une comorbidité très fréquente du TDAH (environ 30 à 50 % des cas de TDAH). Leur présence peut aggraver la symptomatologie du TDAH et l'absence de leur prise en charge spécifique peut représenter un frein à l'amélioration des symptômes par la prise en charge conventionnelle du TDAH.

Les troubles le plus fréquemment observés sont :

- retard de phase du sommeil (le plus fréquent)
 - L'enfant rencontre d'importantes difficultés à initier le sommeil et à se réveiller pour l'école le matin ;
- insomnie (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes multiples, réveil précoce) ;
- troubles moteurs nocturnes (syndrome des jambes sans repos [maladie d'Ekbom], bruxisme, rythmies) :
 - La présence d'un syndrome des jambes sans repos de l'enfant dans un contexte de TDAH doit systématiquement faire rechercher une carence martiale ;
- parasomnies (somnambulisme, terreurs nocturnes, éveils confusionnels et énurésie) ;
- somnolence diurne excessive :
 - Un déficit de vigilance est fréquent chez les enfants souffrant de TDAH. La somnolence peut être une conséquence du mauvais sommeil de nuit (en particulier le syndrome d'apnées du sommeil) mais peut aussi survenir sans perturbations de ce dernier.

5. Trouble du spectre autistique

Reconnu récemment comme comorbidité, des études ayant montré l'importance de traiter les deux pathologies lorsqu'elles coexistent (58 % des personnes atteintes d'autisme et 85 % des personnes diagnostiquées sur le continuum de troubles du spectre autistique [précédemment dénommé syndrome d'Asperger] répondent aux critères du TDAH).

Les déficits attentionnels dans l'autisme ont tendance à être plus de type « ne pas écouter » et « difficulté à changer son point d'intérêt ». On observe aussi une fréquence plus élevée d'effets secondaires tels que la dysphorie.

6. Tics chroniques

Ce peut être des tics moteurs et/ou vocaux qui durent depuis plus de 1 an. Ils apparaissent plutôt durant les premières années de vie scolaire.

7. Neurofibromatose de type 1

Il s'agit d'une maladie autosomique dominante dont la fréquence estimée est de 1/3500 naissances. Dans cette pathologie les critères du diagnostic de TDAH sont retrouvés chez 30 à 50 % des enfants.

8. Troubles de l'usage de substances : chez l'adolescent en particulier

Le TDAH est un facteur de risque de consommation de substances, plus précoce que la moyenne et de façon plus fréquente et plus intense.

Le risque de développer ultérieurement une dépendance aux substances psychoactives (substances illicites [x3,5], tabac [x2,3] alcool [(x1,3] est plus élevé chez les enfants présentant un TDAH que chez les autres, en particulier en cas de trouble des conduites associé.

En l'absence de prise en charge spécifique, ces conduites sont corrélées à :

- une apparition plus rapide des premières complications ;
- une pathologie addictive plus sévère ;
- une moins bonne adhésion aux prises en charge ;
- de plus forts taux de rechute ;
- des taux de comportements suicidaires et d'automutilations plus importants.

Annexe 3. Conseils et stratégies à destination des parents et des enseignants

Conseils et stratégies à destination des parents

- Donner une consigne à la fois
- Établir des règles claires dans des temps limités
- Mettre en place des moments de pause en cours d'activité
- Utiliser des routines, des repères temporels et des rappels
- Favoriser la cohérence dans l'éducation, ainsi qu'un environnement calme et contrôlé
- Féliciter l'enfant, donner des encouragements et des récompenses
- Donner des responsabilités, des tâches qui peuvent être réussies

Conseils et stratégies à destination des enseignants

Difficultés	Conseils et stratégies
Inattention	limiter les sources de distraction :
Facilement distrait par les stimuli parasites	<ul style="list-style-type: none"> • placer le pupitre de l'élève près de l'enseignant • placer l'élève à côté d'un camarade calme • laisser sur le pupitre uniquement ce qui est nécessaire
Attention de courte durée	<ul style="list-style-type: none"> • établir un contact visuel fréquent • utiliser le tableau et des supports visuels • fragmenter les tâches longues en étapes courtes • favoriser l'action de l'élève : participation orale, prise de notes
Fatigue Compréhension partielle des consignes Faible niveau d'écoute	<ul style="list-style-type: none"> • privilégier la qualité à la quantité du travail • donner une seule consigne à la fois • s'assurer de l'attention de l'élève • utiliser un signe non verbal convenu • énoncer la consigne par une phrase courte, simple, affirmative et positive • faire reformuler la consigne par l'élève • écrire la consigne au tableau
Organisation	
Difficultés à s'organiser	<ul style="list-style-type: none"> • inscrire le nom de l'enfant sur chaque objet • préférer le cahier au classeur • utiliser un code de couleur par matière

Difficultés	Conseils et stratégies
	<ul style="list-style-type: none"> • écrire au tableau les étapes successives d'un travail • utiliser la pendule de la classe à l'école pour planifier les tâches • annoncer l'emploi du temps de la demi-journée l'écrire au tableau • au collège, au début de chaque cours, annoncer le chapitre de la leçon ou son étape, l'écrire au tableau ainsi que le plan du cours • établir des listes de routines pour certaines tâches • instaurer des routines hebdomadaires • avertir à l'avance plusieurs fois de tout changement dans les routines ou l'organisation • s'assurer que l'élève note tous les devoirs à faire à la maison dans son agenda et à la bonne date. Idem pour le matériel à apporter quand c'est inhabituel
Difficultés à investir un travail Lenteur d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> • accompagner l'élève, lui répéter la consigne • l'encourager, si besoin l'aider à démarrer
Découragement, démobilisation	<ul style="list-style-type: none"> • adapter la tâche au niveau de l'élève • chaque fois que l'élève termine une étape, le féliciter : « c'est bien, continue ainsi » et si l'enseignant passe à côté de l'élève, il peut poser sa main sur son épaule pour l'encourager
Impulsivité, hyperactivité	 limiter les comportements inadaptés : canaliser l'élève, anticiper son irrépressible besoin de bouger, prévenir une crise :
	<ul style="list-style-type: none"> • faire un renforcement positif fréquent, récompenser par des remarques agréables ses efforts comportementaux : travail, attention, respect des consignes, calme, etc. • lui permettre de se déplacer dans la salle dans un cadre précis : effacer le tableau, ramasser les cahiers • lui confier des responsabilités : accompagner un camarade à l'infirmerie, faire une commission • permettre l'utilisation d'une balle antistress à malaxer, atténuer les tensions par l'humour • prévoir la possibilité pour l'élève de quitter la salle pour se rendre à l'infirmerie (ou chez le CPE dans le second degré) afin d'éviter une crise. Cela lui permettra de s'apaiser.

Annexe 4. Modalités de prise en charge par le spécialiste

1. *Prise en charge non médicamenteuse*

La prise en charge non médicamenteuse comporte des mesures psychologiques, éducatives et sociales.

Le choix de ces prises en charge est à ajuster en fonction de leurs conditions d'accessibilité, ainsi certaines de ces prises en charge ne sont pas disponibles sur tout le territoire et un certain nombre d'entre elles ne sont pas prises en charge financièrement par la collectivité.

Approches cognitivo-comportementales	Approches psychodynamiques
<p>Thérapies cognitivo comportementales (TCC)</p> <p>Les thérapies cognitivo-comportementales se fondent sur des principes d'apprentissage axés sur des liens entre comportements, cognitions et émotions.</p> <p>Cette prise en charge a pour objectif d'aider l'enfant/adolescent à améliorer ses comportements, son attention, et contrôler son impulsivité. Différentes techniques peuvent être utilisées, systèmes de récompenses et renforçateurs, la restructuration cognitive, des techniques de méditation, etc.</p> <p>Ces thérapies visent les facteurs qui induisent, maintiennent ou aggravent le trouble. Les TCC permettent à l'enfant d'identifier ses schémas de pensée, source de souffrance et de mauvaise adaptation sociale. Elles permettent aussi de soulager certains symptômes du TDAH par des techniques spécifiques de gestion du stress et des émotions et des entraînements aux habiletés sociales et au contrôle attentionnel</p> <p>Il s'agit de prises en charge ciblées, qui peuvent être mises en place à n'importe quel âge et au cours desquelles les parents jouent le rôle de co-thérapeutes.</p> <p>Programme d'entraînement aux habiletés parentales" (PEHP)</p> <p>Parmi les prises en charge non médicamenteuses, la guidance des parents a un rôle déterminant dans l'évolution du trouble.</p> <p>Les programmes de renforcement des compétences familiales (ex. : programme de Barkley), sont inspirés des thérapies cognitivo-comportementales (TCC).</p> <p>L'objectif est d'améliorer les compétences parentales en matière de</p>	<p>Ces approches ne constituent pas un traitement spécifique du TDAH.</p> <p>Ces modalités de soins sont déterminées en fonction d'une analyse du fonctionnement psychique de l'enfant, à partir des modèles théoriques psycho-dynamiques.</p> <p>Cette analyse n'exclut pas une prise en charge pharmacologique de la symptomatologie.</p> <p>Les différents dispositifs qui s'appuient sur les théories psycho-dynamiques du fonctionnement psychique sont les suivantes</p> <p>Les consultations thérapeutiques</p> <p>Il s'agit de rencontres régulières entre les parents, l'enfant et un pédopsychiatre ou un psychologue clinicien. Elles permettent d'appréhender et de travailler la dynamique familiale autour de l'enfant ayant un TDAH, de resituer la symptomatologie dans le fonctionnement global de l'enfant et de soutenir le travail psychique de la famille et de l'enfant.</p> <p>Les psychothérapies psycho-dynamiques</p> <p>L'appellation « psychothérapies psycho-dynamiques » concerne les modalités thérapeutiques qui s'appuient sur les apports de la psychanalyse. Il s'agit de thérapies à envisager sur du moyen-long terme. Elles peuvent être adjointes à d'autres modalités thérapeutiques. Elles sont en général associées à un travail avec les parents de l'enfant dans un cadre de consultation thérapeutique.</p> <p>Les psychothérapies psycho-dynamiques individuelles</p> <p>Elles sont proposées à l'enfant afin de comprendre avec lui, la place et la fonction de ses symptômes dans l'ensemble de son</p>

Approches cognitivo-comportementales	Approches psychodynamiques
<p>gestion du comportement de l'enfant, en favorisant le renforcement positif des comportements adaptés, plutôt qu'en sanctionnant les comportements inadaptés ou perturbateurs.</p> <p>Ces programmes peuvent être conduits en groupe, le principe consistant à « entraîner » plusieurs familles en même temps, pour leur permettre d'échanger sur leur façon de gérer les situations difficiles auxquelles elles se trouvent confrontées au quotidien, mais également de partager leur expérience. Mais ils peuvent aussi être menés individuellement.</p> <p>La plupart des programmes se déroulent entre 8 et 12 séances, de 90 minutes, au rythme de 2 par mois.</p> <p>Le but est d'apprendre aux parents à mieux gérer les comportements incompris de leur enfant et d'améliorer : les relations parents-enfant, l'image que l'enfant a de lui-même et l'image que les parents ont d'eux-mêmes.</p> <p>Groupes d'affirmation de soi</p> <p>Il s'agit de prises en charge individuelles ou en groupe (qui se déroulent en 12 séances de 1 heure) au cours desquelles l'enfant apprend les habiletés sociales telles qu'apprendre à rencontrer des inconnus, s'intégrer activement, savoir-faire et recevoir un compliment, émettre une critique et savoir répondre à celles des autres, refuser une demande déraisonnable, défendre son bon droit, prendre une décision, résoudre des problèmes, reconnaître et exprimer ses émotions, gérer le stress.</p> <p>Une prise en charge en groupe permet à l'enfant de se sentir moins isolé et d'apprendre des stratégies mises en place par les autres</p>	<p>fonctionnement psychique.</p> <p>En s'appuyant sur les modalités d'investissement du thérapeute pendant la rencontre (la dynamique transférentielle), elles permettent d'accéder au monde interne de l'enfant, à son rapport avec lui-même et avec le monde qui l'entoure.</p> <p>Elles visent à faire émerger les configurations fantasmatiques (potentiellement excitantes) et les angoisses qui sous-tendent (et dans certains cas alimentent) les symptômes d'agitation et d'inattention.</p> <p>Elles sont susceptibles de contribuer à un réaménagement du fonctionnement psychique à travers un travail au long cours sur les productions psychiques (conscientes ou inconscientes) et du fonctionnement global de l'enfant (relation aux autres, organisation défensive, identifications, etc.).</p> <p>Les psychothérapies psycho-dynamiques familiales</p> <p>Un suivi de la famille dans un cadre psychothérapique se référant à l'épistémologie psychanalytique est possible dans le cadre de la prise en charge de l'enfant.</p> <p>La famille dans son ensemble (parents, enfant et fratrie), considérée comme une entité complexe et dynamique, s'engage dans un processus de réflexion et d'élaboration en présence d'un (parfois de deux) thérapeute(s).</p> <p>Ce travail permet, entre autres, de réfléchir aux modalités relationnelles des différents membres de la famille, dans leur dimension consciente et inconsciente, afin de parvenir à un réaménagement susceptible d'apaiser l'enfant agité.</p> <p>Les groupes thérapeutiques</p>

Approches cognitivo-comportementales	Approches psychodynamiques
<p>enfants.</p> <p>L'objectif est d'améliorer l'estime de soi de l'enfant (en lui montrant ses compétences et ses qualités) pour lui permettre de mieux communiquer avec autrui et surtout de le respecter. L'objectif est aussi d'aider l'enfant à développer de meilleures relations sociales et un plus grand <i>self-control</i> de son impulsivité.</p> <p>Ces formations peuvent se présenter sous forme de jeux de rôle qui permettent à l'enfant de prendre conscience des conséquences de ses actes en apprenant à interpréter le langage non verbal utilisé par autrui.</p> <p>Elles s'inspirent des approches cognitives et comportementales, et sont enseignées en groupe.</p> <p>Le groupe d'affirmation de soi permet d'améliorer l'estime de soi grâce à l'apprentissage de modes d'emploi sur le plan social, ce qui peut être fait en individuel (scénarios sociaux) ou en groupe (jeux de rôle). La formation aux habiletés sociales favorise la compréhension des interactions sociales et des règles sociales.</p> <p>Groupes de gestion de l'impulsivité</p> <p>L'impulsivité est liée aux difficultés de s'autocontrôler. Elle engendre chez le patient présentant un TDAH des comportements problématiques, notamment des difficultés de régulation émotionnelle et de gestion des relations sociales (faible tolérance à la frustration, colère...) et des difficultés sur le plan scolaire (résolution de problèmes, attention focalisée...).</p> <p>L'objectif de ces groupes est de favoriser le développement des habiletés d'autorégulation comportementale et cognitive (discours</p>	<p>Les groupes thérapeutiques psycho-dynamiques réunissent des enfants avec des thérapeutes afin de créer une rencontre à l'aide de médiations (dessin, conte, théâtre, peinture...).</p> <p>Ces groupes soutiennent les processus de symbolisation et interrogent la valeur intersubjective de l'agitation et le cas échéant de la mise en acte.</p>

Approches cognitivo-comportementales	Approches psychodynamiques
<p>interne, mode d'emploi, stratégie de relaxation, <i>stop, think and go...</i>).</p> <p>Cette méthode peut aussi être proposés en individuel comme alternative à la thérapie de groupe.</p> <p>Remédiations cognitives et métacognitives</p> <p>Elles consistent à faire prendre conscience à l'enfant de son déficit cognitif afin de l'aider à acquérir des stratégies d'apprentissage efficace, pouvant être généralisées à différentes activités et dans différents contextes. Ces techniques sont généralement utilisées par, des neuropsychologues et psychologues formés à ces outils.</p> <p>Ces rééducations visent le plus souvent à intervenir sur l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives.</p> <p>La métacognition est une approche utilisée chez les enfants et adolescents avec un TDAH, basée sur des exercices menant à une prise de conscience plus efficace de ses propres actions, permettant de mettre en place des stratégies au quotidien pour connaître son propre fonctionnement, et notamment s'appuyer sur ses points forts pour pallier ses points faibles. L'acquisition de ces stratégies peut être généralisée à différentes activités et dans différents contextes.</p>	

Les approches psycho-éducatives	Les approches systémiques
<p>Les approches psycho-éducatives sont destinées à l'enfant et à sa famille. Il s'agit de délivrer des informations sur le TDAH, ses impacts et comment fonctionner avec ce trouble.</p> <p>La compréhension et la reconnaissance de ses difficultés permettent à l'enfant de se sentir mieux compris et permettent de soutenir son estime de soi et sa motivation ainsi que d'améliorer les relations intra familiales et sociales.</p>	<p>L'approche systémique consiste à soutenir le projet de soins par des interventions ne se limitant pas au sujet lui-même mais s'élargissant aux systèmes dans lesquels il vit et au sein desquels il interagit. Ces approches sont à l'origine de thérapies familiales qui permettent de :</p> <ul style="list-style-type: none">• soutenir la famille (parents et fratrie) dans une situation, souvent éprouvante du fait des symptômes de ce trouble ;• développer une approche psycho-éducative permettant d'apaiser les sentiments de culpabilité des parents ;• identifier avec les parents les réponses qu'ils ont mises en œuvre pour aider l'enfant concerné, aussi bien celles qui fonctionnent que celles qui ont un effet négatif ;• soutenir les approches efficaces, les réévaluer périodiquement, renforcer les compétences parentales et encourager les parents à développer leur propre confiance en leurs capacités à aider l'enfant ;• apaiser et conforter la relation parents-enfant notamment en organisant des sessions parents-enfants où chacun peut exprimer son point de vue sur la situation et ce qu'il attend de l'autre. Cet apaisement relationnel contribue à une meilleure efficacité des traitements entrepris.

2. Prise en charge médicamenteuse

2.1 Objectifs du traitement médicamenteux

L'analyse de la littérature montre que le traitement médicamenteux :

- est efficace sur les symptômes du TDAH (attention, hyperactivité, impulsivité) à court terme ;
- est efficace sur les troubles cognitifs (déficits attentionnels, déficit des fonctions exécutives incluant mémoire de travail, planification) ;
- a un effet favorable sur le retentissement secondaire (troubles des apprentissages, relation sociale, estime de soi, comportement d'opposition).

Il s'agit d'un traitement symptomatique et non curatif, qui est d'autant plus efficace qu'il est initié précocement.

2.2 Molécules disponibles en France

En France, le méthylphénidate (MPH) est le seul traitement disponible et indiqué pour le traitement pharmacologique du TDAH (Ritaline et Ritaline LP, Concerta LP et Quasym LP).

Formes galéniques disponibles en France

	Concerta LP	Quasym LP	Ritaline	Ritaline LP
Galénique	Gélule	Gélule	Comprimé	Gélule
Dosage	18 mg 36 mg 54 mg	10 mg 20 mg 30 mg	10 mg	10 mg 20 mg 30 mg 40 mg
Durée d'action	12 h	8 h	3-4 h	8 h
Proportion LI/LP¹¹	22 %/88 %	30 %/70 %	100 % LI	50 %/50 %

2.3 Indications

Le méthylphénidate est indiqué dans le cadre d'une prise en charge globale du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) chez l'enfant de 6 ans et plus, lorsque les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes.

Un traitement par méthylphénidate n'est pas indiqué chez tous les enfants présentant un TDAH.

Lorsque les mesures non médicamenteuses seules s'avèrent insuffisantes, la décision de prescrire le médicament doit se fonder sur une évaluation rigoureuse de la sévérité, de la chronicité des symptômes et de leur impact sur le fonctionnement scolaire, familial et social, en tenant compte de l'âge de l'enfant.

2.4 Modalités de prescription en France

Le méthylphénidate (MPH) fait partie de la famille des psychostimulants. C'est un sympathomimétique indirect d'action centrale qui augmente la concentration des monoamines (dopamine et noradrénaline) dans la fente synaptique.

La prescription initiale de méthylphénidate doit être faite par un spécialiste exerçant dans un établissement de santé public ou privé (pédopsychiatre, neurologue, neuropédiatre, psychiatre, pédiatre, médecin des centres du sommeil).

¹¹ LI : libération immédiate / LP : libération prolongée

Le méthylphénidate est inscrit sur la liste des stupéfiants et doit être prescrit sur une ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours non renouvelable.

Il est délivré par le pharmacien en officine sur présentation de l'ordonnance initiale ou d'une nouvelle ordonnance accompagnée de l'ordonnance initiale hospitalière datant de moins de 1 an.

Une nouvelle prescription peut être rédigée tous les 28 jours par le médecin traitant (ou un autre médecin généraliste).

Selon le Code de la santé publique, depuis décembre 2012, en cas de nécessité, elle peut comporter une modification de la posologie ou de la durée du traitement (CSP article R 5121-88 modifié par décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 - art. 2).

La prescription doit être revue, et adaptée si besoin, au minimum une fois par an par le spécialiste. Selon les RCP (résumés des caractéristiques du pProduit), il est recommandé de débiter avec la dose la plus faible possible (0,3 mg/kg/j) et d'adapter progressivement la posologie en fonction de chaque enfant.

La posologie quotidienne maximale recommandée de méthylphénidate est de 60 mg/j.

Généralement, il convient d'éviter l'administration de méthylphénidate l'après-midi ou le soir en raison du risque d'insomnie.

En cas d'absence d'amélioration après 1 mois, le traitement doit être interrompu.

Bien que le méthylphénidate ne soit pas un traitement des troubles spécifiques des apprentissages, il permet d'améliorer la réponse de l'enfant aux rééducations lorsque ces troubles sont associés au TDAH.

Précautions lors de l'arrêt du traitement

La réapparition des symptômes à l'arrêt du traitement est habituelle. En revanche, des manifestations à type de dépression ou d'agitation, rapportées lors de l'arrêt des psychostimulants, sont exceptionnelles et transitoires avec le méthylphénidate.

2.5 Données de tolérance à prendre en considération (précautions d'emploi)

Selon les RCP, les événements indésirables le plus fréquemment rencontrés avec le méthylphénidate ($\geq 1/10$) sont une nervosité, une insomnie et des céphalées.

Les autres événements indésirables fréquents ($\geq 1/100$, $< 1/10$) sont :

- anorexie, diminution de l'appétit, diminution modérée de la prise de poids et de la croissance en cas de traitement prolongé chez l'enfant ;
- vertige, dyskinésie, hyperactivité psychomotrice et somnolence ;
- labilité émotionnelle, agressivité, agitation, anxiété, dépression, irritabilité, comportement anormal ;
- modification de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque (arythmie, palpitations, tachycardie) ;
- troubles gastro-intestinaux tels que douleur abdominale, nausées et vomissements survenant en début de traitement et pouvant être atténués par la prise concomitante de nourriture, bouche sèche ;
- réaction cutanée : alopecie, prurit, rash et urticaire.

Plus rarement, l'administration de méthylphénidate peut être associée à l'apparition ou l'aggravation de troubles psychiatriques : symptômes psychotiques ou maniaques, ou de tics, moteurs ou verbaux.

2.6 Bilan pré-thérapeutique pratiqué par le spécialiste

Le bilan préconisé avant de débiter un traitement par méthylphénidate comprend :

- un dépistage des pathologies psychiatriques en cours ou passées, incluant une anamnèse psychiatrique détaillée et une recherche des antécédents familiaux, pour identifier toute contre-indication au traitement ou des troubles susceptibles de s'aggraver ;
- une évaluation de l'état cardio-vasculaire et des antécédents du patient à la recherche d'une cardiopathie, d'anomalies vasculaires ou de troubles cérébro-vasculaires, y compris des antécédents familiaux de mort subite cardiaque ou inexplicée ou d'arythmie maligne, pour éliminer toute contre-indication ;
- une évaluation du sommeil, heure de coucher, de lever, sommeil agité ou calme, réveils nocturnes, qualité du réveil...

Annexe 5. Règles de prescription : renouvellement des ordonnances et suivi du traitement

Le méthylphénidate est soumis aux règles de prescription des stupéfiants, en conséquence :

- la prescription des médicaments en contenant est limitée à 28 jours et doit être rédigée sur une ordonnance sécurisée ;
- la posologie, la durée de traitement et les quantités prescrites doivent être indiquées en toutes lettres ;
- le nom du pharmacien désigné par le patient et qui sera chargé de la délivrance doit être inscrit sur l'ordonnance ;
- la délivrance est exécutée dans sa totalité uniquement si elle est présentée dans les 3 jours suivant sa date d'établissement. Au-delà de ce délai, elle n'est exécutée que pour la durée de traitement restant à courir ;
- le renouvellement de la délivrance de la même prescription est strictement interdit ;
- une copie de chaque ordonnance doit être archivée par le pharmacien pendant 3 ans après exécution et apposition des mentions obligatoires sur l'ordonnance.

1 Modalités et durée du traitement

Les modalités de prescription sont définies par le médecin spécialiste primoprescripteur. Elles sont variables, ce peut être une prescription continue ou une prescription comprenant des interruptions (le week-end, le mercredi, durant les vacances scolaires, etc.)

Le choix de ces modalités est établi au cas par cas, en fonction de la symptomatologie de l'enfant et de la tolérance au traitement.

D'une façon générale, il est préconisé de réévaluer régulièrement la nécessité de poursuivre le traitement, d'effectuer une fenêtre thérapeutique au moins une fois par an pour évaluer si le médicament est encore nécessaire ou s'il peut être arrêté.

2 Risque de mésusage

Le mésusage est une utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit en rapport avec la dose autorisée ou prescrite, la voie d'administration et les indications, à des fins récréatives, frauduleuses ou lucratives (revente), délictuelles ou criminelles. Les mésusages de méthylphénidate sont le plus souvent le fait d'adolescents ou d'adultes jeunes.

L'abus est un usage excessif intentionnel, persistant ou sporadique, de médicaments ou de produits.

Chez certaines personnes ne présentant pas un TDAH, une utilisation chronique abusive de méthylphénidate peut entraîner une tolérance et une dépendance, associées à des troubles comportementaux d'intensité variable (voire à des épisodes psychotiques).

3 Existe-t-il un risque de dépendance à long terme avec le méthylphénidate ?

Les données de la littérature n'ont pas mis en évidence de risque de dépendance à long terme avec le méthylphénidate chez les enfants présentant un TDAH bénéficiant de ce type de traitement.

4 Le méthylphénidate favorise-t-il un risque d'addiction secondaire ?

Les données de la littérature n'ont pas confirmé ce risque chez les enfants présentant un TDAH et ont mis en évidence au contraire un effet protecteur de ce traitement contre le risque d'addiction

aux substances psychoactives, ce risque étant à la base plus élevé chez ces enfants. Cet effet protecteur est d'autant plus important que la mise en route du traitement est plus précoce dans l'enfance.

Annexe 6. Rôle des professionnels de l'Éducation nationale

Le médecin de l'Éducation nationale

Le médecin scolaire a un rôle spécifique de conseil en prévention individuelle et collective auprès des inspecteurs de l'Éducation nationale, des directeurs d'école, des chefs d'établissement et de la communauté éducative de son secteur d'intervention, des jeunes scolarisés et de leurs parents.

Les missions du médecin de l'Éducation nationale répondent aux objectifs essentiels de la santé en milieu scolaire, en particulier :

- favoriser avec les autres personnels les apprentissages et la réussite scolaire ;
- porter une attention particulière aux élèves en difficulté ;
- favoriser l'inclusion scolaire des jeunes en situation de handicap et/ou atteints de maladies chroniques

Pour mener à bien ces missions, il collabore dans son secteur d'activité avec les divers partenaires institutionnels, les relais et les réseaux environnementaux.

En cas de pathologie, il peut ainsi déterminer les conséquences sur la scolarité de l'élève et proposer les aménagements qu'il convient d'apporter. Il suit l'enfant tout au long de sa scolarité et favorise son adaptation à l'école.

Il assure parfois la première observation des troubles présentés par les élèves qui lui sont signalés par les infirmier(ère)s ou tout membre de l'équipe éducative et oriente vers le médecin traitant ou les services de soins de proximité. Il assure le suivi des mesures mises en place. Le médecin de l'Éducation nationale est aussi à la disposition des familles et peut servir de relais entre elles et l'école.

En l'absence de médecin de l'Éducation nationale rattaché à l'établissement scolaire, le médecin responsable départemental peut être joint à la direction académique des services départementaux de l'Éducation nationale.

Les infirmiers de l'Éducation nationale

Les infirmier(ère)s de l'Éducation nationale ou scolaires participent à la construction du projet personnel et professionnel de l'élève en collaboration avec les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les conseillers d'orientation psychologues, les assistant(e)s de service social et les médecins, chacun dans son champ de compétence.

Les infirmiers(ère)s scolaires, du fait de la proximité et de la disponibilité qu'ils entretiennent avec les élèves, ont un rôle relationnel, technique et éducatif pour favoriser l'adaptation des élèves et l'inclusion scolaire des jeunes en situation de handicap à l'école. Ils sont en liaison active avec le médecin scolaire, le chef d'établissement et l'équipe éducative.

Ils accueillent, repèrent, évaluent et effectuent un premier tri des informations, puis orientent l'élève et sa famille, vers le médecin scolaire si les problèmes sont d'ordre médical, ou vers d'autres professionnels si nécessaire.

Les psychologues scolaires

Face à un élève en difficulté ou en situation de handicap, le psychologue scolaire participe à la prévention des difficultés scolaires et à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des mesures d'aide individuelle ou collective.

Dans le cadre de ses missions il peut être amené à :

- aider à l'analyse de la situation d'un enfant en liaison étroite avec les familles et les enseignants ;
- réaliser des bilans psychologiques et psychométriques, analyser et interpréter les données recueillies, et effectuer des entretiens avec les enfants, les enseignants et les parents ;
- accompagner les enseignants dans la mise en place des aménagements pédagogiques nécessaires ;
- contribuer à l'élaboration et au suivi des projets de scolarisation des élèves en situation de handicap ;
- participer à l'inclusion de l'élève, à l'accompagnement de la famille dans une perspective de coéducation et à l'élaboration du projet d'orientation ;
- coordonner le projet scolaire avec d'autres professionnels (médecins de l'Éducation nationale, assistants de service social, soignants) et participer aux instances (maisons départementales des personnes handicapées [MDPH], commissions d'orientation vers les enseignements adaptés du second degré [CDOEA]).

Les conseillers d'orientation psychologues (COP)

Le conseiller d'orientation psychologue (COP) intervient à partir du collège. Il a pour mission d'aider l'élève dans l'élaboration progressive de son projet scolaire et professionnel.

Il aide l'élève à prendre conscience de ses points forts et de ses difficultés. Avec les enseignants, il l'aide à trouver des stratégies et des méthodes de travail qui lui permettent de lutter contre certaines de ses difficultés.

Le COP a donc pour mission d'aider l'élève à se projeter dans un avenir scolaire, dans un parcours construit et dans un avenir professionnel qui favorise son insertion socioprofessionnelle future. Le COP associe les parents à cette démarche.

Il collabore avec le médecin scolaire et les infirmiers scolaires qui lui indiquent les milieux de travail compatibles avec les troubles et difficultés que rencontre l'élève (cf. les préconisations des médecins scolaires en termes d'orientation professionnelle).

Annexe 7. Échelles SNAP-IV 26/ Conners/ ADHD-RS



Nom du patient: _____
 Date de naissance: _____ No de dossier: _____
 Nom du médecin: _____ Date: _____

SNAP-IV 26 - ÉCHELLE D'ÉVALUATION POUR LE PARENT/PROFESSEUR (version française – non validée)

Nom: _____ Sexe: _____ Age: _____

Niveau scolaire: _____ Origine ethnique: Africaine Asiatique Caucasien Hispanique Autre: _____

Complété par: _____ Type de classe: _____ Taille de la classe: _____

Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant:	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires				
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux				
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement				
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires				
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités				
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu				
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex., devoirs de classe, stylos ou livres)				
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes				
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne				
10. Agite souvent les mains ou les pieds				
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis				
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié				
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs				
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts				
15. Parle souvent trop				
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée				
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour				
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex: intervient dans les conversations ou dans les jeux)				
19. Se met souvent en colère				
20. Contesté souvent ce que disent les adultes				
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes				
22. Contrarie souvent les autres délibérément				
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite				
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment				
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)				

22 Version: Mai 2013. Voir www.caddra.ca pour les dernières mises à jour



SNAP-IV 26 RATING SCALE: DIRECTIVES DE NOTATION (version française - non validée)

L'échelle d'évaluation SNAP-IV reprend le questionnaire «Swanson, Nolan and Pelham» (SNAP) (Swanson et al. 1983). Cette échelle comprend les critères du DSM-IV (1994) du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les deux sous-ensembles de symptômes suivants: inattention (questions 1 à 9) et hyperactivité/impulsivité (questions 10 à 18). Elle comprend également les critères du DMS-IV du trouble oppositionnel avec provocation (questions 19 à 26), étant donné que les enfants atteints du TDAH souffrent souvent de ce trouble.

L'évaluation SNAP-IV s'effectue sur une échelle de 0 à 3: Jamais = 0, Parfois = 1, Souvent = 2 et Très souvent = 3. On calcule les scores de la sous-échelle de l'évaluation SNAP-IV en additionnant les scores des questions du sous-ensemble et en divisant le total par le nombre de questions, tel qu'illustré dans le sous-ensemble TDAH-Inattention:

	Jamais (0)	Parfois (1)	Souvent (2)	Très souvent (3)	Score
1. Fait des fautes d'étourderie			*		2
2. A de la difficulté à soutenir son attention				*	3
3. N'écoute pas				*	3
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires			*		2
5. Est désorganisé		*			1
6. Ne réussit pas à se concentrer				*	3
7. Perd ses affaires		*			1
8. Se laisse distraire				*	3
9. A des oublis	*				0

Total TDAH-Inattention = 18

Moyenne = 18/9 = 2.0

TDAH-Inattention	TDAH-Hyperactif / Impulsivité	Trouble oppositionnel avec provocation
#1	#10	#19
#2	#11	#20
#3	#12	#21
#4	#13	#22
#5	#14	#23
#6	#15	#24
#7	#16	#25
#8	#17	#26
#9	#18	
Total	Total	Total
Moyenne	Moyenne	Moyenne

Questionnaire de Conners pour les enseignants CTRS-R:S (Conners Teacher Rating Scale-Revised : Short)

Nom de l'enfant _____ Sexe : M F Date du test : _____
 École : _____ Classe : _____ Date de naissance : _____
 Nom de l'enseignante : _____ Âge : _____ ans _____ mois _____

Voici une liste de problèmes courants que les élèves peuvent présenter à l'école. Veuillez coter chaque item selon le comportement de l'élève durant le dernier mois. Pour chaque énoncé, demandez-vous « À quel point était-ce un problème durant le dernier mois ? », puis encerclez la réponse la plus adéquate. Si le problème ne s'est pas présenté ou très rarement, encerclez 0; s'il s'est très souvent ou souvent présenté, encerclez 3. Encerclez 1 ou 2 dans les cas intermédiaires. **VEUILLEZ REpondre à TOUS LES éNONcés.** Merci.

	PAS VRAI DU TOUT (jamais, rarement)	UN PEU VRAI (à l'occasion)	ASSEZ VRAI (souvent)	TRES VRAI (très souvent)
1. Inattentif, facilement distrait	0	1	2	3
2. Provoquant	0	1	2	3
3. N'arrête pas de bouger, gigote, se tortille	0	1	2	3
4. Oublie ce qu'il/elle a déjà appris	0	1	2	3
5. Dérange les autres enfants	0	1	2	3
6. S'oppose activement ou refuse de se conformer aux demandes de l'adulte	0	1	2	3
7. Toujours en mouvement, agit comme s'il était propulsé par un moteur	0	1	2	3
8. Faible en orthographe	0	1	2	3
9. Incapable de rester immobile	0	1	2	3
10. Rancunier ou vindicatif	0	1	2	3
11. Quitte son siège dans la classe ou dans d'autres situations où il devrait rester assis	0	1	2	3
12. Gigote des mains et des pieds ou se tortille sur son siège	0	1	2	3
13. Ne lit pas aussi bien que la moyenne des enfants de sa classe	0	1	2	3
14. Courte capacité d'attention	0	1	2	3
15. Réplique, s'obstine avec les adultes	0	1	2	3
16. Porte attention seulement à ce qui l'intéresse vraiment	0	1	2	3
17. A de la difficulté à attendre son tour	0	1	2	3
18. Manque d'intérêt pour le travail scolaire	0	1	2	3
19. Distractivité ou durée d'attention problématique	0	1	2	3
20. Crises de colère, comportement explosif, imprévisible	0	1	2	3
21. Court partout ou grimpe de façon excessive dans des situations où cela n'est pas approprié	0	1	2	3
22. Faible en arithmétique	0	1	2	3
23. Interrompt autrui ou s'impose (i.e. fait irruption dans la conversation ou les jeux d'autrui)	0	1	2	3
24. A de la difficulté à jouer ou à s'embarquer dans un loisir calmement	0	1	2	3
25. N'arrive pas à terminer ce qu'il a commencé	0	1	2	3
26. Ne suit pas les consignes jusqu'au bout et n'arrive pas à terminer ses devoirs (cela n'est pas dû à un comportement oppositional ni à une incapacité de comprendre les consignes)	0	1	2	3
27. Excitable, impulsif	0	1	2	3
28. Agité, toujours en mouvement	0	1	2	3

Échelle ADHD-RS (ADHD Rating Scale – IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation by George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, and Robert Reid, 1998)

ADHD-RS. Cotation par : Nom :

Date :

À quel point l'enfant est-il perturbé ?	Jamais/ rarement	Quelquefois	Souvent	Très Souvent
1. Ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans le travail scolaire	0	1	2	3
2. Remue les mains et les pieds ou se tortille sur la chaise	0	1	2	3
3. Éprouve souvent des difficultés à maintenir son attention/tâches ou activités ludiques	0	1	2	3
4. Se lève en classe ou dans d'autres situations où il/elle est supposé(e) rester assis(e)	0	1	2	3
5. Semble ne pas écouter quand on lui parle directement	0	1	2	3
6. Court ou grimpe excessivement dans les situations où cela est inapproprié	0	1	2	3
7. Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à finir son travail	0	1	2	3
8. A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou dans les activités de loisir	0	1	2	3
9. A du mal organiser ses travaux ou ses activités	0	1	2	3
10. Est « sur la brèche » ou agit comme s'il/elle était « monté(e) sur ressorts »	0	1	2	3
11. Évite les tâches qui nécessitent un travail soutenu	0	1	2	3
12. Parle excessivement	0	1	2	3
13. Perd les objets nécessaires à son travail ou à ses activités	0	1	2	3
14. Laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée	0	1	2	3
15. Est facilement distrait(e)	0	1	2	3
16. A du mal à attendre son tour	0	1	2	3

À quel point l'enfant est-il perturbé ?	Jamais/ rarement	Quelquefois	Souvent	Très Souvent
17. A des oublis dans la vie quotidienne	0	1	2	3
18. Interrompt les autres ou impose sa présence	0	1	2	3

Cotation de l'Attention-Déficit with Hyperactivity Rating Scale IV (ADHD-RS)

DuPaul, Power, Anastopoulos et al.

ADHD Rating-Scale IV : Checklist, Norms and Clinical Interpretation, New York, NY : Guilford Press, 1998.

L'ADHD-RS IV est un outil très commun dans l'évaluation des symptômes du Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH). Il est facile à utiliser pour un clinicien et sa passation dure environ 15 minutes. Dans la plupart des études cliniques, un score supérieur ou égal à 28 est requis pour qualifier un TDAH significatif. Toutefois, le diagnostic de TDAH est avant tout clinique, et repose sur des critères diagnostics qu'un score total à une échelle d'évaluation ne saurait remplacer. Au surplus, à notre connaissance, il n'existe pas de normes en population générale française permettant de valider ce score-seuil de 28.

Les pages suivantes permettent de guider le clinicien dans la cotation de l'ADHD-RS. L'application de ces conseils permettra d'obtenir une bonne validité inter-cotateur dans l'intérêt des patients. L'intitulé des items a été modifié mais pas leur numéro d'ordre, ceci pour ne pas enfreindre la loi sur le copyright...

Les 18 items de l'ADHD-RS sont cotés sur une échelle de 4 points :

- 0 : Rarement ou jamais
- 1 : Quelques fois
- 2 : Souvent
- 3 : Très souvent

Le clinicien doit prendre en compte dans son évaluation :

- la fréquence du comportement
- le niveau de gêne due au comportement
- le niveau développemental

Il peut être utile de garder les trois tableaux suivants sous les yeux pendant l'entretien clinique.

Cotation de l'ADHD-RS IV
Dr Hervé CACI, Nice, France

Cotation des items de l'ADHD-RS selon la fréquence du comportement			
0 = NON Rarement ou Jamais	1 = LÉGER Quelques fois	2 = MODÉRÉ Souvent	3 = INTENSE Très souvent
Rarement observé ou rapporté	<ul style="list-style-type: none"> - Certains jours - Certains moments - Demande une légère surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> - La plupart des jours - La plupart du temps - Les « bons » jours sont occasionnels - Nécessite plus qu'une surveillance moyenne 	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les jours - Presque tout le temps - Nécessite une surveillance « continue »

Cotation des items de l'ADHD-RS selon la fréquence du comportement			
0 = NON Rarement ou Jamais	1 = LÉGER Quelques fois	2 = MODÉRÉ Souvent	3 = INTENSE Très souvent
Aucune gêne fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Gêne légère à modérée - Pire dans certaines situations - L'adulte en charge de l'enfant peut gérer cette charge - Effet minimal sur la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Gêne modérée dans presque toutes les situations - Retentissement significatif sur l'adulte en charge de l'enfant - Retentissement sur la qualité de vie de la famille - L'intervention directe d'un membre de la famille donne quelques résultats 	<ul style="list-style-type: none"> - Gêne importante dans toutes les situations - Retentissement significatif sur tous les membres de la famille - Diminution importante de la qualité de vie de la famille - L'intervention de la famille n'a aucun effet

Cotation des items de l'ADHD-RS selon le niveau de développement			
0 = NON Rarement ou Jamais	1 = LÉGER Quelques fois	2 = MODÉRÉ Souvent	3 = INTENSE Très souvent
Pas de différence avec les enfants du même âge	<ul style="list-style-type: none"> - Un peu différent des autres enfants - Des questions sont posées mais pas d'évitement actif des autres 	<ul style="list-style-type: none"> - Nettement différent des autres enfants - Évitement de la part des pairs ou d'adultes 	<ul style="list-style-type: none"> - Très différent des autres enfants - Les enfants et/ou les adultes (proches) préfèrent éviter

Cotation de l'ADHD-RS IV
Dr Hervé CACI, Nice, France

Comment interpréter les items d'inattention (items pairs) de l'ADHD-RS ?	
1. Etourderies	S'intéresser au travail qui est en-deçà du niveau de compétence de l'enfant. Un enfant qui ne vérifie pas ses réponses. Le travail est peu soigné ou fait de manière précipitée (par exemple, ne tourne pas la page d'énoncés, laisse tomber des exercices, met ses jouets dans la bonne pièce sans vraiment les ranger, etc.)
3. Difficultés de concentration	Durée d'attention limitée lorsqu'on lui demande d'écouter. Le niveau est bon au début mais l'ennui le gagne. S'évade en pensée, rêve. La pensée dérive sans distracteur externe. Difficulté à se concentrer ou à maintenir sa concentration.
5. N'écoute pas	L'enfant ne répond pas (verbalement ou autrement) ou ne montre aucune réaction lorsqu'on s'adresse à lui directement. Il peut n'y avoir aucun contact visuel ou acquiescement du chef. Les adultes demandent s'il a entendu ce qu'ils viennent de lui dire. IL NE S'AGIT PAS D'UNE OPPOSITION.
7. Ne suit pas les instructions	Ne peut terminer les choses qu'avec une soutien rapproché sinon il abandonne en route. Laisse inachevé de nombreux projets. Du mal à revenir sur une tâche après une interruption. Du mal à aller au bout des choses mais à la demande des autres.
9. Difficultés d'organisation	Ne peut pas faire les choses dans le temps imparti parce qu'il les fait dans le désordre (par ex. se préparer pour le coucher). Systématiquement en retard. Ne peut organiser les priorités. Malpropre ou désorganisé. Ne peut pas organiser des projets complexes.
11. Évite l'effort mental	L'enfant est réticent voire refuse de commencer des tâches ou des activités difficiles ou longues. Il procrastine. Il faut beaucoup insister pour qu'il commence ; il se plaindra, argumentera ou pleurnichera. Évite activement les tâches ménagères ou les activités en flânant ou en quittant la pièce.
13. Égare des choses	L'enfant ne sait où se trouvent les choses. Il cherche en permanence des choses ou demande où sont les crayons, ses jouets, ses gants, ses habits, son travail scolaire (devoirs à faire ou à rendre), etc.
15. Distractible	Un stimulus externe (presque n'importe quel son ou bruit) fait dévier l'enfant de l'activité en cours. Il est distrait par des choses peu importantes qui surviennent autour de lui. Du mal à filtrer les stimuli externes.
17. Oublieux	L'enfant n'est pas prêt parce qu'il n'a pas emporté, mentionné ou dit quelque chose ; par exemple, il oublie de faire des devoirs ou des tâches quotidiennes (nourrir les animaux familiers ou faire des tâches ménagères), il retourne sur ses pas pour récupérer des objets oubliés, etc.

Cotation de l'ADHD-RS IV
Dr Hervé CACI, Nice, France

Comment interpréter les items d'hyperactivités-impulsivité (items impairs) de l'ADHD-RS ?	
2. S'agite continuellement	L'enfant remue sur son siège. Il ne peut pas rester assis correctement, touche des objets à sa portée, ou fait des choses avec ses mains (tortille une mèche de cheveux, etc.), ou tapote avec les doigts ou bouge les jambes.
4. Se lève sans autorisation	A table, à l'école, à l'église, à son bureau pendant les devoirs ou au cinéma, l'enfant ne peut rester longtemps assis. Il se lève sans autorisation ou exprime le besoin de se lever.
6. Court et saute	Chez les enfants plus âgés, on parle de nervosité. Les plus jeunes grimpent sur les meubles (sautent par dessus le dossier pour savoir dans un canapé, par exemple) ou dans les arbres, sautillent sur les murets, marchent trop vite ou courent tout le temps.
8. Difficultés pour rester calme	L'enfant fait des bruits en jouant ou est toujours bruyant. Ne peut regarder une émission silencieusement ; bruyant même dans les moments de détente.
10. « Sur la brèche »	L'enfant fait les choses rapidement, il préfère des tâches « actives ». Il est toujours pressé. Il sollicite l'adulte, il est à la recherche quasi-permanente d'activités et exprime son ennui s'il ne trouve pas d'activité suffisamment prenante.
12. Parle trop	Parle trop. Les autres ne peuvent pas en place un mot.
14. Répond trop vite	L'enfant parle avant que les parents et/ou l'enseignant ait fini de parler. Il veut être le premier à répondre. Il dit des choses sans réfléchir. Dans une situation d'échanges verbaux, l'enfant répond toujours trop vite.
16. Impatient	Impatient. L'enfant commence à agir avant que les instructions aient été toutes données. Il ne peut pas supporter d'attendre dans une file d'attente (même dans les parcs d'attraction). Facilement frustré lorsqu'on lui demande d'attendre.
18. Interrompt, dérange, gêne	En dehors de tout échange verbal. Par exemple, lorsque l'adulte discute avec quelqu'un ou parle au téléphone l'enfant le tire par le bras, l'interrompt ou le dérange. L'enfant dépasse les limites ou viole l'espace des autres. Il peut faire irruption dans un jeu ou une situation sociale sans être invité.

Annexe 8. Textes légaux sur la prescription en France

Article R. 5132-3

Modifié par [Décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 - art. 2](#)

La prescription de médicaments ou produits destinés à la médecine humaine mentionnés à la présente section est rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance et indique lisiblement :

1° Les nom et prénoms, la qualité et, le cas échéant, le titre, ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R. 5121-91, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse professionnelle précisant la mention "France", ses coordonnées téléphoniques précédées de l'indicatif international "+33" et son adresse électronique, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée, et pour les médicaments à prescription hospitalière ou pour les médicaments à prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé ;

2° La dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie, et le mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;

3° La durée de traitement ou, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament au sens de [l'article R. 5121-2](#), le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription ;

4° Pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière, la date à laquelle un nouveau diagnostic est effectué lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoit ;

5° Les mentions prévues à [l'article R. 5121-95](#) et au huitième alinéa de [l'article R. 5121-77](#) lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation les prévoit;

6° Le cas échéant, la mention prévue à [l'article R. 5125-54](#);

7° Les nom et prénoms, le sexe, la date de naissance du malade et, si nécessaire, sa taille et son poids.

Article R. 5121-91

Le classement dans la catégorie des médicaments à prescription réservée à certains médecins spécialistes a les effets suivants :

1° La prescription ou la prescription initiale du médicament est réservée aux médecins auxquels a été reconnue une qualification de spécialiste dans les conditions prévues par le [décret n° 2004-252 du 19 mars 2004](#) relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste ;

2° Dans l'hypothèse où seule la prescription initiale du médicament est réservée à certains médecins spécialistes, le traitement peut, après la première prescription, être renouvelé par tout médecin dans les conditions de droit commun. L'ordonnance de renouvellement, lorsqu'elle est rédigée par un prescripteur autre que ceux qui sont autorisés à effectuer la première prescription, reprend les mentions de l'ordonnance initiale. En cas de nécessité, elle peut comporter une modification de la posologie ou de la durée du traitement.

Article R. 5121-2

Modifié par [Décret n° 2008-435 du 6 mai 2008 - art. 3](#)

Le nom d'un médicament peut être soit un nom de fantaisie, soit une dénomination commune ou scientifique assortie d'une marque ou du nom du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou de l'entreprise assurant l'exploitation du médicament. Le nom de fantaisie ne peut se confondre avec la dénomination commune.

Article R. 5121-95

L'autorisation de mise sur le marché, l'autorisation temporaire d'utilisation ou l'autorisation d'importation du médicament classé dans la catégorie des médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement indique la nature et la périodicité des examens que le médecin doit prescrire ainsi que, le cas échéant, les conditions dans lesquelles le traitement peut, compte tenu des résultats de ces examens, être conduit.

Elle peut, en outre, prévoir que lorsqu'il prescrit le médicament, il mentionne sur l'ordonnance que ces examens ont été effectués et que ces conditions sont respectées.

Elle peut aussi lui imposer d'indiquer sur l'ordonnance la date de réalisation de ces examens et le délai au terme duquel l'ordonnance, en l'absence de réalisation des examens requis, devient caduque.

Enfin, elle peut subordonner la mise sur le marché du médicament, eu égard à la surveillance dont il doit faire l'objet, à ce qu'un support d'information ou de suivi du traitement soit mis à la disposition des prescripteurs ou des patients.

Article R. 5121-77

L'autorisation de mise sur le marché, l'autorisation temporaire d'utilisation ou l'autorisation d'importation d'un médicament peut classer celui-ci dans une des catégories de médicaments soumis à prescription restreinte suivantes :

- 1° Médicament réservé à l'usage hospitalier ;
- 2° Médicament à prescription hospitalière ;
- 3° Médicament à prescription initiale hospitalière ;
- 4° Médicament à prescription réservée à certains médecins spécialistes ;
- 5° Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.

Le classement d'un médicament dans la catégorie mentionnée au 5° ne fait pas obstacle à son classement dans une autre catégorie de médicaments soumis à prescription restreinte.

L'autorisation de mise sur le marché, l'autorisation temporaire d'utilisation ou l'autorisation d'importation d'un médicament soumis à prescription restreinte peut, pour tout ou partie des risques liés à son utilisation, imposer au prescripteur de mentionner sur l'ordonnance qu'il a informé le patient de ces risques.

Lorsque la spécialité de référence d'une spécialité générique est classée dans une catégorie de médicaments soumis à prescription restreinte, l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité générique procède au même classement.

Article R. 5125-54

Modifié par [Décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 - art. 1](#)

La mention expresse par laquelle le prescripteur exclut la possibilité de la substitution prévue au deuxième alinéa de [l'article L. 5125-23](#) est la suivante :

" Non substituable ". Cette mention est portée de manière manuscrite sur l'ordonnance avant la dénomination de la spécialité prescrite.

Pour les prescriptions établies à la demande d'un patient en vue de les utiliser dans un autre État membre de l'Union européenne, la mention prévue au premier alinéa est complétée par un bref exposé des raisons qui justifient l'exclusion de la possibilité de substitution.

Article L. 5125-23

Modifié par [Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 20](#)

Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

Si la prescription libellée en dénomination commune peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article [L. 5121-1](#), le pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe dans le respect des dispositions de l'article [L. 162-16](#) du code de la sécurité sociale.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite, et sous réserve, en ce qui concerne les spécialités figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article [L. 162-17](#) du code de la sécurité sociale, que cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.

Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivrée. Il en est de même lorsque le pharmacien délivre une spécialité au vu d'une prescription libellée en dénomination commune.

La prescription libellée en dénomination commune est obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1.

Lorsqu'un traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris au moyen du renouvellement multiple d'un traitement mensuel, et qu'un grand conditionnement est disponible pour le médicament concerné ou pour sa forme générique, le pharmacien doit délivrer ledit conditionnement.

Annexe 9. Critères diagnostiques du trouble déficit de l'attention/hyperactivité

Critères diagnostiques du DSM-5 (2013)

A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, et caractérisé par (1) et/ou (2) :

1. **Inattention** : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex. : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (ex. : a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long).
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex. : son esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).
- 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 (ex. : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait).
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex. : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre ; complique et désorganise le travail ; gère mal le temps ; ne respecte pas les délais fixés).
- f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contre cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex. : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article).
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).
- h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne »).
- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex. : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).

2. **Hyperactivité et impulsivité** : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.

- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex. : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situations qui nécessitent de rester assis).
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).

- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e) Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (ex. : incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité, ou comme difficile à suivre).
- f) Souvent, parle trop.
- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex. : termine la phrase de ses interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation).
- h) A souvent du mal à attendre son tour (ex. : lorsque l'on fait la queue)
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex. : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui, sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font).

B. Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.

C. Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex. : à la maison, l'école, ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités).

D. On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).

Sous-types cliniques

Condition mixte ou combiné : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.

Condition inattention prédominante : le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.

Condition hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

Critères diagnostiques de la CIM-10 (1993)¹²

F90. TROUBLES HYPERKINÉTIQUES

G1. Inattention. Au moins 6 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- 1) ne parvient souvent pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, le travail, ou d'autres activités ;
- 2) ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu ;
- 3) ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit ;
- 4) ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou à finir ses devoirs, son travail, ou à se conformer à des obligations sur le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions) ;
- 5) a souvent du mal à organiser des tâches ou des activités ;
- 6) évite souvent ou fait à contre cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, telles que les devoirs à la maison ;
- 7) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison ;
- 8) est souvent facilement distrait par des stimuli externes ;
- 9) à des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes.

G2. Hyperactivité. Au moins 3 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- 1) agite souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise ;
- 2) se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis ;
- 3) court partout ou grimpe souvent de façon excessive dans des situations inappropriées ;
- 4) est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisirs ;
- 5) fait preuve d'une activité motrice excessive non influencée par le contexte social ou les consignes.

G3. Impulsivité. Au moins 1 des symptômes suivants a persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- 1) se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser ;
- 2) ne parvient souvent pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou dans d'autres situations de groupe ;
- 3) interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres) ;
- 4) parle souvent trop sans tenir compte des règles sociales.

G4. Le trouble survient avant 7 ans.

G5. Caractère envahissant du trouble. Les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, à la maison, à l'école, et dans une autre situation où l'enfant fait l'objet d'une observation (les informations doivent provenir de plusieurs sources pour mettre en évidence la présence de critères dans des situations différentes).

G6. Les symptômes cités en G1-G3 sont à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative.

¹² {Société française de pédiatrie 2009}

G7. Ne répond pas aux critères du trouble envahissant du développement, d'un épisode maniaque, d'un épisode dépressif, ou d'un trouble anxieux.

F90.0 TROUBLE DE L'ACTIVITÉ ET DE L'ATTENTION

F90.1 TROUBLE DE L'HYPERACTIVITÉ ET TROUBLE DES CONDUITES

F 90.8 AUTRES TROUBLES HYPERKINÉTIQUES

F 90.9 TROUBLE HYPERKINÉTIQUE, NON SPÉCIFIQUE

Critères diagnostiques de la CFTMEA (2012)

6.13 Troubles de l'attention sans hyperkinésie

CIM 10 > *F81.8 Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires*

6.18 Autres troubles cognitifs et des acquisitions scolaires

CIM 10 > *F81.8 Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires*

7. Troubles des conduites et du comportement

Ce chapitre regroupe des troubles à dominante comportementale dont certains constituent des syndromes suffisamment individualisés en tant que tels. Néanmoins, il reste essentiel de rechercher dans quels cas cette symptomatologie peut s'intégrer dans l'une des quatre premières catégories.

7.0 Troubles hyperkinétiques

CIM 10 > *F.90 Troubles hyperkinétiques*

7.00 Hyperkinésie avec troubles de l'attention, trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Classer ici les troubles décrits en France sous l'expression « instabilité psychomotrice ».

Du point de vue symptomatique, cet ensemble, est caractérisé par :

- sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désorganisée, incoordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité ;
- sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation motrice incessante.

Les relations de ces enfants avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue.

Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations, par exemple, en relation duelle ou dans une situation nouvelle.

Inclure :

- déficit de l'attention avec hyperactivité ;
- hyperactivité avec troubles de l'attention.

Exclure :

- les troubles de l'attention sans hyperactivité motrice proprement dite ;
- l'activité excessive adaptée à l'âge (chez les petits enfants notamment) ;
- les manifestations à type d'excitation maniaque (à classer, selon les cas, dans les catégories 1 ou 3) ;
- les réactions hyperkinétiques de durée limitée.

CIM 10 > *F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention*

7.08 Autres troubles hyperkinétiques

CIM 10 > *F90.8 Autres troubles hyperkinétiques*

Annexe 10. Aménagements scolaires - Conseils pour la scolarité des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention

Les difficultés de comportement rencontrées par l'enfant à l'école

À partir du diagnostic posé pour l'enfant ou l'adolescent, les caractéristiques de son mode de fonctionnement cognitif, mises en évidence par les bilans, vont avoir des conséquences variables selon les enfants, pour les apprentissages scolaires. Les paragraphes ci-dessous tentent d'illustrer, en fonction du type de difficultés, le retentissement.

Difficulté à maintenir son attention de manière constante et soutenue dans le temps : attention soutenue

L'enfant est lent dans l'exécution de la tâche et ne parvient pas à finir seul les activités engagées. Les performances se détériorent rapidement en fonction du temps au cours d'une même tâche (dégradation du graphisme ou augmentation du nombre d'erreurs par exemple). Les oublis sont très fréquents (matériel, consignes, devoirs, règles d'accord).

Le démarrage d'une activité est très lent, voire impossible, seul.

Au cours de la réalisation d'une tâche, l'enfant décroche et paraît ailleurs.

On note des fluctuations de l'attention, qui peuvent être à l'origine de variations de performances selon les moments de la journée, alors que l'enfant possède les compétences requises.

Difficulté à répartir simultanément son attention sur deux tâches : attention divisée

L'enfant a du mal à faire deux choses en même temps (par exemple : écrire et écouter, suivre et intervenir de façon adaptée dans une conversation).

L'enfant est facilement découragé par une tâche complexe à réaliser (« Je ne sais pas faire, je n'y arriverai pas »).

Le passage d'une activité à une autre ne se fait pas à la vitesse requise ou attendue.

Difficulté à filtrer les informations non pertinentes pour la tâche en cours : attention sélective

L'enfant est très facilement distrait. Les stimulations environnementales (bruits, conversations, lumière, images, mouvements) parasitent la réalisation de la tâche.

Lorsqu'il est confronté à une situation élaborée (film, texte, leçon, conversation, carte de géographie), l'enfant aura tendance à percevoir une collection d'éléments indépendants les uns des autres, plutôt qu'une seule information globale.

L'enfant parvient difficilement à planifier les différentes étapes de son action ou de sa réflexion.

L'enfant présente des difficultés d'organisation matérielle (cartable, présentation des cahiers).

L'enfant est impulsif, se précipite pour effectuer une tâche ou répondre à une question (ne lève pas le doigt pour parler, répond avant la fin de la question).

L'enfant ne peut pas s'empêcher de saisir et d'utiliser des objets placés à sa portée (touche à tout).

L'enfant a du mal à rester en place.

Impulsivité

L'enfant a une incapacité à fonctionner par étapes (et à accomplir un travail séquentiel) et a tendance à sauter directement aux conclusions. Il a donc des difficultés pour les tâches s'appuyant sur ou nécessitant la mise en place d'un raisonnement.

L'enfant ne finit pas ses devoirs, oublie des questions ou saute à pieds joints une étape de démonstration ou perd des indices dans l'énoncé du problème.

Ne pas oublier que le trouble d'attention n'est, le plus souvent, pas isolé, et que les bilans qui ont été réalisés ont pu mettre en évidence les autres difficultés de l'enfant. Le déficit attentionnel vient majorer toute autre difficulté associée en rendant inopérantes pour l'enfant les possibilités d'adaptation ou de gestion individuelle.

Il peut s'agir de troubles de l'acquisition des coordinations (TAC, dyspraxie) avec notamment des difficultés dans l'écriture (dysgraphie), dans l'intégration des formes géométriques (troubles visuo-constructifs), de difficultés de langage écrit (dyslexie - dysorthographe), de difficultés dans la compréhension des relations interindividuelles, des codes sociaux...

L'enfant conserve alors ses difficultés d'apprentissage et ses propres différences de fonctionnement. Ses difficultés d'organisation de la pensée demeureront, avec une difficulté pour généraliser les apprentissages hors d'un cadre connu, sur des tâches nouvelles demandant réflexion.

L'apprentissage des codes sociaux peut être difficile chez l'enfant, nécessiter des explicitations. Ce qui finit par être intégré par l'enfant ou l'adolescent peut, dans le feu de l'action, dans les interactions de la vie quotidienne, ne plus s'effectuer et perturber les relations sociales et le regard des autres sur l'enfant.

Le retentissement de ces difficultés dans les apprentissages scolaires

Lecture

L'enfant va souvent avoir tendance à lire trop vite, entraînant des confusions de lettres, des oublis, des ajouts ou modifications de mots ou des sauts de lignes, il peut relire les mêmes mots ou lignes. Il peut en découler des difficultés de compréhension du texte lu, alors que les mécanismes de la lecture sont en fait en place. Certains enfants vont cependant avoir un trouble spécifique de lecture (dyslexie) associé au trouble de l'attention, et nécessitant une prise en charge en psychomotricité et une rééducation orthophonique.

Calcul et mathématiques

Certains enfants vont avoir des difficultés pour passer du concret à l'abstrait, à utiliser un raisonnement logique ou alors pourront se tromper dans une lecture trop rapide de l'énoncé. Il peut également se produire des difficultés d'automatisation des calculs, de mémorisation des tables de multiplication.

Écriture

L'écriture peut être touchée à plusieurs titres. D'une part, les troubles de l'attention peuvent entraîner des fautes lors de la recopie de textes ou d'énoncés, avec ajouts ou oublis. Les règles d'orthographe peuvent être mal mémorisées ou difficiles à appliquer. Enfin, l'écriture représente une aptitude de motricité fine, avec un contrôle visuel permanent, et un compromis entre la vitesse d'écriture et la qualité de calligraphie. Les enfants ont fréquemment des troubles associés dans les coordinations fines, pouvant se traduire par une dysgraphie. Les bilans en psychomotricité et l'évolution des difficultés d'écriture sous traitement médicamenteux et avec la rééducation permettront de faire la part des choses entre le retentissement du trouble de l'attention et une dysgraphie.

Langage

L'enfant a souvent une pensée allant plus vite que son discours, ce qui peut nuire à son intelligibilité. Leur impulsivité peut se traduire par une prise de parole intempestive, coupant la parole aux autres, répondant avant la fin de la question, intervenant dans des conversations qui ne les concernent pas. Ils peuvent parler sans cesse, et sans rapport avec la tâche qu'ils sont censés exécuter, se laissant distraire par leur propre discours. Leur difficulté d'organisation et de réflexion peut donner l'impression d'un propos manquant de sens. Ils peuvent en outre avoir des difficultés pour percevoir les réactions de leurs interlocuteurs, ne parvenant pas à moduler leur comportement en conséquence.

Mémoire

La mémorisation suppose de pouvoir, entre autres, sélectionner les stimuli correspondant aux informations à stocker, et à inhiber les distracteurs, ce qui peut être difficile chez l'enfant. La difficulté de l'enfant à maîtriser une double tâche (écrire et écouter) peut compliquer encore la

mémorisation. Les consignes longues, les doubles consignes, les phrases enchâssées sont autant de difficultés pour l'enfant, car nécessitant des compétences souvent déficitaires pour eux.

Les qualités des enfants

Ils sont souvent plus talentueux et plus doués que ce qu'ils peuvent laisser paraître. Ils sont pleins de créativité, de spontanéité, d'enthousiasme. Ils ont du ressort, sont débrouillards, sont curieux, reviennent toujours à la charge. Ils sont enclins à une générosité d'esprit, sont heureux d'aider, ont souvent un grand sens de l'humour.

Se heurtant aux difficultés, aux reproches, au regard péjoratif des adultes, ils peuvent se retrouver dans une spirale de dévalorisation, à partir des difficultés scolaires au quotidien, avec perte d'estime de soi, découragement, anxiété. Peuvent en découler des difficultés familiales ou scolaires, puis dans les relations avec les autres. Chaque niveau de difficulté de l'enfant doit être pris en compte, relié à son origine, expliqué à l'enfant et aux enseignants, afin de rompre des cercles vicieux d'échec scolaire et de dévalorisation.

Suggestions d'aménagements scolaires

L'objectif de base est que l'enfant puisse accéder aux connaissances en classe, sans être confronté en permanence à ses difficultés d'attention.

Trois mots clés pour organiser le travail en classe au quotidien : **brièveté, variété, structure.**

Brièveté : raccourcir les sessions de travail, le temps des apprentissages ou des activités.

Variété : supprimer toutes les tâches potentiellement répétitives, varier les présentations.

Structure : mettre en place des routines stables, affichées, repérables visuellement par l'enfant.

Conseils visant à limiter l'inattention

Pour les enfants porteurs d'un trouble de l'attention, les interventions ont pour but d'améliorer l'attention. Il est souvent nécessaire de modifier l'environnement de la classe, afin de pallier ce déficit. En classe, ces enfants manifestent notamment des difficultés à écouter les consignes, ce qui peut alors souvent engendrer des retards scolaires.

Voici quelques exemples permettant de diminuer l'inattention et d'accroître l'écoute des consignes. Pour être sûr que l'enfant a bien écouté la consigne on peut :

- capturer son regard.
- changer le ton de sa voix ;
- utiliser des consignes courtes et éviter d'en donner plus d'une à la fois ;
- utiliser un support visuel (consignes écrites au tableau) et encourager les élèves à visualiser dans leur tête la tâche demandée. Cela est d'autant plus utile que des difficultés de mémoire de travail s'associent généralement à ce trouble ;
- donner des exemples de ce qu'on attend.

Ces enfants sont de plus souvent facilement distraits par des bruits ou mouvements. On peut alors par exemple :

- placer l'enfant dans un endroit éloigné de la porte et des fenêtres qui peuvent être une source de distraction (éviter les dispositions en U, préférer les dispositions classiques où tous les enfants sont face au tableau) ;
- réduire le bruit ambiant (donner à l'enfant des écouteurs de baladeur pour assourdir le bruit par exemple) ;
- placer des élèves calmes, et pouvant servir de modèles, près de l'enfant ;
- utiliser le tutorat. Un élève peut aider un autre élève à répéter la consigne et revenir sur la tâche.

Fractionner le temps de travail et alterner les périodes de travail exigeant avec des périodes où l'enfant peut bouger. Enfin, ces enfants ont des difficultés à maintenir leur attention d'une manière durable. Ils ont tendance à papillonner sans cesse d'une activité inachevée à l'autre. On peut alors diviser les grandes tâches en petites parties.

Conseils visant à limiter l'agitation

L'enfant présentant un comportement hyperactif peut, selon son âge, avoir beaucoup de difficultés à rester assis sans bouger. Il faut tenir compte de cette particularité en lui permettant d'avoir des moments « d'agitation contrôlée » réguliers. Grâce à ces moments, la tension due au contrôle de l'agitation sera moins importante et les débordements pourront être en partie évités.

On peut par exemple :

- prévoir des moments où le jeune peut bouger dans déranger (distribuer des cahiers...);
- demander à l'élève de venir présenter à l'enseignant chaque partie terminée et la souligner ce qui peut permettre d'augmenter la motivation de l'enfant ;
- délimiter, à l'aide d'un ruban gommé, un espace autour du pupitre auquel l'élève a droit, mais qu'il ne peut pas dépasser ;
- éviter les retraits de récréation car les enfants en ont besoin pour se dépenser ;
- alterner les apprentissages actifs pendant lesquels l'enfant peut bouger et plus passifs où l'enfant doit rester assis ;
- à la demande de l'enfant, lui permettre de travailler debout dans un endroit de la classe quand c'est possible.

Conseils visant à limiter l'impulsivité

Les enfants impulsifs ont du mal à s'autocontrôler, du fait d'un sous-développement de la fonction exécutive sous tendant cette capacité. Ils auront ainsi des difficultés à avoir un délai de réponse. En classe, ces enfants auront ainsi tendance à répondre trop vite, sans réfléchir, parfois sans avoir levé le doigt. Il est ainsi préférable de prévoir les situations à l'avance afin d'éviter les surprises qui peuvent générer cette impulsivité.

On peut alors :

- aider le jeune à développer l'habileté de s'arrêter et de réfléchir devant une situation problématique, en rappelant par exemple à l'enfant une conséquence désagréable du non-respect de cette règle imposée antérieurement. Du fait de l'impulsivité et de l'inattention, l'enfant commet plus d'erreurs d'étourderie : lui apprendre à relire son travail systématiquement ;
- travailler le langage intérieur, la capacité à se parler à soi-même et se donner les consignes. On peut permettre à l'enfant de parler à voix basse afin d'énoncer le problème.

Pour l'impulsivité verbale on peut :

- placer sur son bureau un pictogramme représentant cette règle ;
- ignorer le commentaire si le jeune l'a formulé sans avoir levé la main ;
- donner l'attention rapidement quand l'élève impulsif lève la main afin de l'encourager à le faire.

Conseils d'intervention généraux

Voici des conseils généraux d'intervention, dont les principes sont tirés des thérapies cognitivo-comportementales, et qui peuvent être utilisés pour modifier le comportement de ces enfants.

Mise en place de renforcements positifs :

- L'enfant agité et distrait reçoit beaucoup plus de rappels négatifs que d'encouragements. Essayer d'inverser ce phénomène en donnant des encouragements fréquents. Ces enfants ont la particularité d'être extrêmement sensibles aux renforcements positifs.

- Se tenir près de l'enfant (physiquement) et ne pas hésiter à employer un geste non verbal.
- Ignorer les comportements inadéquats de l'enfant, qui ont souvent pour but d'attirer l'attention. Y faire attention renforce ces derniers.
- Formuler les règles de fonctionnement du groupe de façon claire et visuelle. Les conséquences des manquements aux règles peuvent être choisies en groupe.
- Un des outils qui fonctionne bien pour l'enfant est l'utilisation de grilles de comportement qui permet au jeune d'être récompensé pour ses améliorations. Attention car ce système demande une observation constante et fréquente.

Autres conseils

Ne pas oublier que ce trouble agit également sur la motivation, les affects, la mémoire de travail et la perception du temps.

Les enfants ont beaucoup de difficultés avec la gestion du temps.

En classe ces enfants auront du mal à se repérer dans la journée ou estimer le temps passé à une activité.

Illustrer les routines du matin et du soir, ainsi que les débuts et les fins de périodes et les rendre constantes.

Ils pourront aussi avoir des difficultés à passer d'une activité à l'autre (transitions) ce qui peut souvent générer des troubles du comportement.

Prévenir 5 minutes avant que l'activité va être interrompue.

Du fait de leur pathologie, les enfants ont la perception que le temps est « interminable ».

Avec l'utilisation d'une horloge, planifier la longueur des différentes séquences prévues pour la matinée.

Pour maintenir la motivation : le milieu doit être stimulant et offrir une large variété d'expériences et de supports (varier les couleurs, les présentations, le matériel, le lieu...).

Ces enfants ont des difficultés à gérer leurs émotions. Devant les débordements, utiliser des temps d'arrêts « stop » pour éviter les escalades négatives. On envoie si besoin l'élève dans un endroit relativement isolé, afin qu'il retrouve son calme. Prévoir une marche à suivre quand l'élève sent monter la colère. Inciter l'enfant à se retirer volontairement dans un coin, où il pourra reprendre son calme.

Pour favoriser la compréhension des consignes et la mémorisation

Donner les consignes par différents canaux sensoriels : consignes à l'écrit ou sur démonstration (canal visuel) ou par oral (canal auditif), en essayant avec l'enfant de déterminer quel canal lui convient le mieux. Pour la mémorisation proprement dite, le canal auditif reste souvent le plus efficace.

Simplifier les consignes, afin d'éviter la surcharge d'informations.

Fractionner les consignes, et les hiérarchiser pour permettre à l'enfant de distinguer les informations principales des moins importantes.

Demander à l'enfant de reformuler les consignes ou le déroulement de la tâche qu'il doit effectuer, cela afin de s'assurer qu'il l'a enregistré et de l'aider à planifier la tâche.

Favoriser le passage à l'écrit où toute l'information reste sous les yeux.

Les mots et les phrases longues sont plus difficiles à mémoriser. Aider l'enfant en s'appuyant sur les rimes, la musique de la phrase : tables d'opération à scander en rap. Fractionner les textes à mémoriser en petits morceaux à apprendre séparément.

Multiplier les expositions aux informations à mémoriser : l'enfant doit avoir trois à cinq séquences de mémorisation avant de pouvoir en conserver une trace durable.

L'enfant ne peut établir des liens entre plusieurs informations que si leur présentation n'est pas séparée de plus de 2 jours : enchaîner quotidiennement les phases de travail de mémorisation des

mêmes informations. De même, la rétention en mémoire d'une information apprise la veille au soir est plus durable si elle est réapprise le lendemain matin, au réveil.

La pratique d'exercices utilisant les données à mémoriser peut accélérer la vitesse de rétention en mémoire, en faisant attention de ne pas utiliser des activités surchargeant la mémoire de travail.

La présentation nouvelle, inattendue, originale, anecdotique, de l'information à mémoriser peut faciliter la mémorisation, la récupération de l'information sera plus facile si l'enfant peut se rappeler le contexte et la présentation initiale de l'information. Proposer à l'enfant des traces : résumés, schémas, dessins, photos, pense-bêtes...

Si l'enfant a des difficultés pour mémoriser par voie auditive, lui proposer d'utiliser une présentation visuelle ou visio-spatiale, de se construire une représentation mentale, une image. Pour l'aider à récupérer cette image, proposer à l'enfant d'essayer de se souvenir du contexte par lequel il a appris : « Comment as-tu fait dans ta tête ? »

La mémorisation nécessite pour l'enfant de pouvoir sélectionner l'information adéquate : le mode de présentation, simple, direct, l'aidera. Elle nécessite également de pouvoir inhiber les distracteurs : il faut pour l'enfant ayant un TDAH supprimer tous les facteurs pouvant interférer avec son attention (distracteurs).

Si le rappel de l'information est très déficitaire : entraîner la mémoire en proposant des répétitions avec des ajouts progressifs, des mémorisations d'une suite de bruits, de rythmes, de couleurs, de figures simples, s'appuyer sur des jeux à refrain : « Jacques a dit : ... »

Aider à travailler la visualisation mentale

À chaque nouvelle notion importante abordée, demander à l'enfant de créer des liens avec ce qu'il sait déjà ou, pour des notions abstraites, de se construire mentalement une représentation imagée. En fin de demi-journée ou de journée, s'assurer qu'il a bien acquis les informations principales de la journée.

Pour la motivation et l'estime de soi

Cibler les priorités en se projetant sur le long terme, avec les parents, l'enseignant et l'enfant : par exemple atteindre un niveau suffisant en lecture pour lui permettre d'être autonome ou se centrer davantage sur les mathématiques si c'est son point fort...

Valoriser ses points forts afin de contourner ses difficultés en lecture et en écriture : un enfant se construit sur ses points forts, par exemple : oral, mathématiques, sciences ...

Entretenir des liens et une approche coordonnée entre l'école, la psychomotricienne, la famille et l'enfant pour établir un climat de cohérence autour de lui.

Lutter contre les idées reçues : « Il est paresseux et ne fait aucun effort. » La difficulté est pour l'enfant tellement importante, permanente tout au long des journées d'école, les expériences négatives sont si nombreuses, qu'il est difficile pour lui de s'y confronter tous les jours.

Mettre en place quotidiennement des stratégies de renforcement positif de ses efforts, en valorisant les progrès obtenus.

Conseils aux parents

Renforcement des règles éducatives :

- environnement ordonné et organisé ;
- respect des parents ;
- amour ;
- encouragements ;
- fermeté bienveillante.

Particularités liées au déficit de l'attention :

- exigences simples et claires : donner des consignes brèves sans se perdre dans les négociations sans fin ;
- règlement affiché ;
- éviter les distracteurs (frères et sœurs présents quand il travaille, bruit...)

- tolérer les débordements mineurs tels que bouger en mangeant ou en travaillant. Il peut bouger en récitant.

Anticiper les situations à risque :

- tout ce qui est routinier tel que l'habillage est pénible : il faut leur faciliter les choses en achetant des vêtements simples à utiliser (scratch aux chaussures...).

L'attention est un terme qui, sémantiquement, a un double sens. C'est non seulement une capacité cognitive, un processus intellectuel, mais c'est aussi prêter attention aux autres. Un enfant qui ne fait pas attention est vécu comme « grossier, mal élevé ». Les parents sont jugés comme « élevant mal leur enfant ».

Fractionner les demandes.

Limiter les excitants :

- jeux vidéo (20 min) ;
- films violents.

Favoriser les activités extérieures.

Dissocier comportement et personnalité : « C'est ton comportement qui n'est pas supportable. »

Proposer des trucs :

- « *time out* » : l'emmener dans une autre pièce (plutôt que de l'y envoyer) pour lui proposer un jeu calme, lui apprendre à s'auto-apaiser pendant une minute par année d'âge ;
- « *stop, think and go* » : Chaque fois que tu vas faire quelque chose, tu programmes « *stop, think and go* ». Cela devient un outil de médiation entre les gens et lui (arrête-toi, réfléchis, et vas-y).

Multiplier les intervenants adultes pour permettre aux parents d'éviter l'épuisement.

Expliquer le trouble à la famille, notamment aux grands-parents.

Avoir des contacts avec l'école.

Si l'un des parents se reconnaît dans les difficultés de son enfant et le rejette malgré tout, se souvenir de sa propre expérience, pour l'aider au mieux.

Ne pas hésiter à demander de remplacer une séance de travail en psychomotricité de l'enfant par une séance avec les deux parents, afin de permettre au (à la) psychomotricien(ne) de guider les parents dans le quotidien et les règles éducatives.

Tenir compte en outre des autres difficultés que rencontre l'enfant (lecture, écriture...), faire attention aux moments « à risque » : réveil, juste avant les repas (attention aux fringales), des changements non programmés, tenir également compte de la disponibilité psychique de l'enfant.

Associations de parents et lectures

Deux ouvrages pour les enfants :

« Mon cerveau a besoin de lunettes », Annick Vincent, Les éditions Quebecor, 2010, ISBN : 978-2-7640-1540-7, distribué en France par Interforum Editis : www.interforum.fr

« Attention à mon attention », Pascale de Coster & Stéphanie de Schaezen, édité par TDA/H Belgique, www.tdah.be

Deux brochures sur l'école :

« Le TDAH et l'école ». Édité par l'association HyperSupers-TDAH France : www.tdah-france.fr, brochure expliquant les difficultés scolaires et les aménagements.

« Guide à l'attention des enseignants confrontés au TDA/H ». Édité par l'association TDA/H Belgique, 24 rue de la Glacière, 1060 Bruxelles, Belgique.

Un ouvrage avec CD détaillant un programme pour aider les parents : Alain Caron. « Attentix à la maison. Aider son enfant à gérer l'impulsivité et l'attention ». Chennelière Éducation. Liens : www.attentix.ca et www.chenneliere-education.ca

Un ouvrage récent pour les parents, les enseignants : « 100 idées pour mieux gérer les troubles de l'attention ». Francine Lussier, Tom Pousse Ed., 2011, ISBN : 978-232-345-0428.

De façon plus générale, je vous conseille d'entrer en contact avec les associations de familles concernées qui pourront répondre à des demandes d'information, partager l'expérience d'autres familles, donner accès à des documentations.

Deux sites Internet parmi d'autres :

www.tdah-france.fr : site de l'association française HyperSupers-TDAH France.

www.attentiondeficit-info.com : l'un des sites du Dr Annick Vincent qui anime près de Québec une consultation spécialisée.

Outre les brochures citées ci-dessus, d'autres références utilisées pour ce document :

Conseils et suggestions d'aménagements scolaires rédigés par les centres de référence des troubles des apprentissages de Lyon (Jeanne Roche, Vania Herbillon, Pierre Fourneret) et de Toulouse (Pascale de Castelnau, Céline Chignac), et les conseils d'Olivier Revol.

Laetitia Stephanopoli : Le TDAH : les apprentissages, le tempérament TDAH, revue Réadaptation n° 547 de février 2008 : texte téléchargeable sur le lien :

http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/TDAH.pdf

Manon Painchaud : Stratégies d'enseignement pour les enfants TDAH, texte téléchargeable sur le lien : <http://www.aqps.qc.ca/public/publications/bulletin/14/14-1-09.html>

Roselyne Guilloux. « L'effet Domino Dys ». Edition Chennelière Éducation, 2009.

Rédaction : TN Willig, consultation spécialisée troubles des apprentissages, clinique Ambroise Paré, Toulouse.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Association française de pédiatrie ambulatoire*

Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (Afpssu)*

Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC)*

Collège de la médecine générale*

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie*

Conseil national professionnel de psychiatrie*

Fédération française d'addictologie*

Fédération française de psychiatrie (FFP)*

Fédération française de psychomotricité

Fédération nationale des orthophonistes (FNO)*

Hyper-Supers-TDAH France*

Direction générale de la santé*

Ministère de l'Éducation nationale*

Ordre national des pharmaciens*

Société de neuropsychologie de langue française*

Société française de neurologie pédiatrique (SFNP)*

Société française de pédiatrie (SFP)*

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées (SFPEADA)*

Société française de psychologie*

Société française de recherche et médecine du sommeil (SFRMS)*

Société française de santé publique

Union nationale des familles (Unafam)*

Union nationale pour le développement et la recherche et l'évaluation en orthophonie (Unadreo)*

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

Groupe de travail

Dr Jean CHAMBRY, pédopsychiatre, Gentilly, président du groupe de travail.

Dr Dominique GIRARDON, médecin généraliste, Montlignon, présidente du groupe de travail

M. Jean-Marc ALEXANDRE, assistant de recherche clinique, Bordeaux, chargé de projet

M. Romain DEBRABANT, assistant de recherche clinique, Bordeaux, chargé de projet

Mme Maïa GUINARD, psychologue clinicienne, Paris, chargée de projet

Dr Christine REVEL-DELHOM, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine

Mme Frédérique AMSELLEM, psychologue, Paris

Dr Jean-Paul BLANC, pédiatre, Saint-Étienne

Mme Sylvie BORONAT, représentante associative, Saint-Génies-des-Mourgues

Mme Valérie BOUREY-DE-COCKER, pharmacienne, La Tour-du-Pin

Pr Claude BURSZTEJN, psychiatre, Strasbourg

Dr Yves CHAIX, neuro- pédiatre, Toulouse

Dr Isabelle DE BECO, médecin généraliste, Paris

Dr Jean-Michel DELILE, psychiatre, Bordeaux

Pr Paolo DI PATRIZIO, médecin généraliste, Dombasle-sur-Meurthe

Dr Anne GRAMOND, pédopsychiatre, Nîmes

Mme Claire-Emmanuelle GUINOISEAU, infirmière de l'éducation nationale, Châlons-en-Champagne

Dr Michel HABIB, neurologue, Marseille

M. Yannick JAOUEN, représentant associatif, Montigny les Corneilles

Mme Sandrine LAIR, représentante de l'éducation nationale, Paris

Mr. Emmanuel LANGLOIS, sociologue, Bordeaux

Dr Régis LOPEZ, médecin spécialiste du sommeil, Montpellier

Dr Guillemette POUGET, médecin de l'Éducation nationale, Grenoble

Pr Gérard SCHMIT, pédopsychiatre, Reims

Mme Monique TOUZIN, orthophoniste, Paris

Dr Jeanne-Marie URCUN, médecin de l'Éducation nationale, Paris

Dr Thiébaud Noël WILLIG, pédiatre, Toulouse

Groupe de lecture

Dr Éric ACQUIVIVA, pédopsychiatre, Paris

M. Jean-Michel ALBARET, psychomotricien, Toulouse

Mme Adeline ALBA, orthophoniste, Aucamville

M. Paul-Henri ARGIOT, enseignant, Perpignan

Dr Pierre-André ATTARD, médecin généraliste, Vernet

Dr Véronique AZZANO, neuropédiatre, Bonneville

Dr Jérôme BACHELLIER, psychiatre, Tours

Dr Nicolas BALLON, médecin addictologue, Tours

Dr Mireille BECCHIO, médecin généraliste, Villejuif

Dr Stéphanie BIOULAC, pédopsychiatre, Bordeaux

Dr Candice BLONDEAU, psychiatre, Bordeaux

Dr Naïma BOUKHALFA, pédopsychiatre, Pontoise

Dr Véronique BOURG, médecin de rééducation fonctionnelle, Ramonville Saint-Agne

M. Thierry BOURGEUIL, psychologue, Amiens

Mme Corinne BOUTARD, orthophoniste, Torcy

Mme Diane CABOUAT, représentante de patients, Paris

Dr Hervé CACI, pédopsychiatre, Nice

Mme Claudine CASAVECCHIA, représentante de patients, Paris

Dr Philippe CASTERA, médecin généraliste addictologue, Bordeaux

Dr Guillaume CEZANNE-BERT, pédopsychiatre, Bron

M. Laurent CHAIB, neuropsychologue, Nîmes

Dr Aude CHAROLLAIS, neuropédiatre, Rouen

Dr Renée CHEMINAL, neuropédiatre, Montpellier

Mme Céline CLEMENT, psychologue, Strasbourg

Dr Samuel CORTESE, pédopsychiatre, Tours

Dr Christine CROS, médecin conseiller technique Éducation nationale, Lyon

Dr David DA FONSECA, pédopsychiatre, Marseille

Dr Christophe DACLIN, psychiatre, Perpignan

Dr Hélène DE LEERSNYDER, pédiatre, Paris

Dr Gilbert DE PAZ, pédiatre, Nice

Mme Paula DEICAS, orthophoniste, Roubaix

Dr Yannick DELBOSC, médecin généraliste, Saint-Orens-de-Gameville

Mme Ève DELORD GERMES, psychomotricienne, Toulouse

Dr Florence DELTEIL, neuropédiatre, Le Kremlin-Bicêtre

Mme Géraldine DESEILLE-TURLOTTE, neuropsychologue, Tours

Mme Valérie DIDIER, éducatrice

M. Vincent DUBARRY, pharmacien, Angresse

Dr William DURIEUX, médecin généraliste, Bordeaux

Dr Benoit DUTRAY, pédopsychiatre, Rouffach

Mme Émilie FELETTIG, psychomotricien, Dammarie-les-Lys

Dr Sonja FINCK, neuropédiatre, Strasbourg#

Dr Pierre FOURNERET, pédopsychiatre, Bron

Mme Stéphanie GADROY, représentante de patients, Annecy-le-Vieux

Dr Cédric GALERA, pédopsychiatre épidémiologiste, Bordeaux

Mme Françoise GARCIA, orthophoniste

Mme Patricia GAROUSTE, psychologue scolaire, Cassis

Dr Caroline GENET, médecin scolaire, Saint-Médard-en-Jalles

Dr Gisèle GEORGE, pédopsychiatre, Paris

Mme Élodie GEORGES, neuropsychologue, Lyon

Mme Rozenn GERNIGON, psychomotricienne, Cugnaux

Mme Marie-Christine GERVASONI, infirmière scolaire

Dr Jean-Pierre GIORDANELLA, médecin de santé publique, Bullion

M. François GONON, neurobiologiste, Bordeaux#

Mme Véronique GOUSSE, enseignante chercheur, Paris

Mme Raphaëlle GRAND, psychologue scolaire, Le Pont-de-Claix

Dr Jacques GRICHY, médecin généraliste, Montlignon

Mme Nathalie GROH, représentante de patients, Mareil-Marly

Dr Maryline GUEST, médecin généraliste, Venissieux

Dr Patrice HENRY, neurologue, Toulouse

M. Vania HERBILLON, neuropsychologue, Bron

Dr Monique JACQUIER-ROUX, médecin-conseil technique de l'Éducation nationale, Saint-Étienne

Mme Annie JULLIEN, représentante de patients,

Dr Bernard KABUTH, pédopsychiatre, Vandœuvre-lès-Nancy

Dr Éric KONOFAL, médecin du sommeil, Paris

Dr Vincent LAGARD, pédopsychiatre, Saint-Pierre

Dr Pierre-Louis LAMONZIE, pédiatre, Auch

Dr Patrick LANDMAN, pédopsychiatre, Paris

M. Pierre LAPORTE, neuropsychologue, Périgueux

M. Michel LASPOUGEAS, pharmacien, Mauvezin

Mme Laurence LAUNAY, orthophoniste, Lyon

Dr Bertrand LAUTH, pédopsychiatre, Reykjavik, Islande

Dr Marie-France LE HEUZEY, pédopsychiatre, Paris

Dr Pierrick LEBAIN, psychiatre, Caen

M. Gilles LELOUP, orthophoniste, Levallois-Perret

Dr Marianne LENOIR, médecin scolaire, La Chapelle-de-Guinchay

Dr Christophe LIBERT, pédopsychiatre, Créteil#

Mme Maria-Giovanna LIMONGI, psychologue, Montesson

M. Medhi LIRATNI, neuropsychologue, Montpellier

Mme Brigitte LOURTIS, orthophoniste, Paris

Mme Sandra MAREY, neuropsychologue, Dijon

Dr Christine MARTEL, médecin scolaire, Carcassonne

Mme Nathalie MARTELLI, infirmière scolaire

Dr Caroline MAURIN, médecin scolaire, Versailles

Dr Philippe MAZET, pédopsychiatre, Paris

Dr Anne MONGE, médecin coordonnateur de réseau, Saint-Martin d'Hères

Dr Yves MONTARIOL, médecin généraliste

Pr Jean-Louis MONTASTRUC, pharmacologue médical, Toulouse#

Mme Noémie MULLER, psychologue, Aix-les-Bains

Mme Muriel MURIAN, enseignante, Pont-de-Claix

Dr Philippe NARANG, psychiatre, Échirolles

Dr Philippe NEUSCHWANDER, neurologue

Dr Sylvie NGUYEN, pédiatre, Angers

Dr Magali NICOLAS, médecin scolaire, Le Grand Lemps

Dr Françoise NOTON-DURAND, pédopsychiatre, Clermont-Ferrand

Mme Florence PAGES, conseillère d'orientation psychologue

Mme Élise PELCHAT, psychomotricienne, Granville

Mme Muriel PERDRISSET, représentante de patients, Bioncourt

Mme Brigitte PERES AL HALABY, psychologue, Paris

Mme Christelle PERICHON-BOURGAULT, psychomotricien, Rennes

Dr Emmanuelle PEYRET, médecin addictologue, Paris

Dr Anne PIOLLET, pédiatre, Chamalières

Dr Isabelle POIROT, psychiatre, Lille

Dr Alain POUHET, médecine physique et réadaptation, Trouy

Dr Florence PUIPIER, pédopsychiatre, Montpellier
Dr Diane PURPER-OUAKIL, pédopsychiatre, Montpellier
Mme Magali REBATTEL, neuropsychologue, Nîmes
M. Stéphan RENOU, psychologue, Paris
Dr Jean-Luc RIBEYROLLE, médecin à exercice particulier en pédopsychiatrie, Anglet
Dr Geneviève RICHARD, médecin scolaire, Paris
Mme Emmanuelle RIEUBON, éducatrice
Mme Hélène ROMANO, psychologue, Créteil
Mme Lucia ROMO, psychologue, Nanterre
Dr Caroline ROUQUETTE, médecin généraliste
M. Guillaume ROUSSARIE, psychologue, Limoges
Mme Delphine ROUSSEL, pharmacienne, Dunes
Mme Catherine RUPH, enseignante

Mme Martine SAVARY, infirmière scolaire, Cergy-Pontoise
Mme Hélène SAVIN, enseignant, Pont-de-Claix
Dr Émilie SCHLUMBERGER, neuro pédiatre, Garches
Dr Claude SEBBAN, médecin scolaire
Mme Éva SIZARET, orthophoniste, Tours
Dr François SOUMILLE, pédopsychiatre, Plombières
Dr Thierry TRENQUE, pharmacologue, Reims
Mme Annie TRIGER, représentante de patients
Mme Patricia VAUPRE, psychomotricienne, Corbas
Dr Éliséo VELASCO, psychiatre, Sarreguemines
Mme Estelle VIGOT, orthophoniste, Calais
M. Robert VOYAZOPOULOS, psychologue, Paris
Mme Marie-Pierre VROMAN, sociologue

(#) Expert en désaccord avec la version définitive de la recommandation de bonne pratique.

Consultation publique

Les parties prenantes suivantes ont répondu à la consultation publique.

Alliance Autiste, Lyon

Association Corps et Psyché, Saint-Pal-de-Mons

Association E=MCDys, Lyon

Association de prévention soins et insertion (Apsi), Sucy-en-Brie

Association des médecins conseillers techniques de l'Éducation nationale, La Croix-Comtesse

Association de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du réseau Sud (APEARS), Paris

Association des conseillers d'orientation-psychologues (Inetop), Paris

Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (Api), Montreuil-sous-Bois

Association des psychomotriciens de l'Ouest (Apo), Thorigné-Fouillard

Association française de pédiatrie ambulatoire (Afp), Chambéry

Association française des psychologues de l'Éducation nationale (Afpn), Quimper

Association lacanienne internationale (Ali), Paris

Association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie (Alefpa), Lille

Association Lire Dolto aujourd'hui (Alda), Strasbourg

Association Music'Am, Saint-Martin-d'Hères

Association nationale des psychologues pour la petite enfance (Anapsype), Paris

Association TDAH Paca, Saint-Jeannet

Association TDA/H Ressources, Paris

Association Tous pour l'insertion (Toupi), Paris

Autisme France, La Roquette-sur-Siagne

Cabinet en libéral, Margency

Centre hospitalier universitaire, service de médecine psychologique pour enfants et adolescents, unité de consultation et de soins ambulatoires, Montpellier

Centre référent pour les troubles du langage et des apprentissages chez l'enfant (CRTLA), Paris

Collectif Parent TDAH Ouest, Bouffere

Collectif Pas de 0 de conduite, Paris

Consultation publique de psychanalyse, Paris	Société française de neurologie pédiatrique (SFNP), Amiens
Coridys Var, La Seyne-sur-Mer	
Éducation nationale, enseignants	Société française de santé publique (SFSP), Laxou
Fédération des orthophonistes de France (Fof), Charolles	Société française des médecins de l'Éducation nationale (Sofmen), Dourdan
Fédération nationale des réseaux de santé troubles du langage et des apprentissages (FNRSTLA), Saint-Brieuc	Société francophone d'étude et de recherche en orthoptie (Sfero), Paris
Hyper-Supers-TDAH France, Paris	Société psychanalytique de Paris, Paris
Institut Mentis Portæ, Paray-Vieille-Poste	Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO), Paris
Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Paris	Union nationale pour le développement et la recherche et l'évaluation en orthophonie (Unadreo), Sablé-sur-Sarthe
Institut psychanalytique de l'enfant, Paris	Union régionale des professionnels de santé Paca orthophonistes, Avignon
Kamédis institut, Puteaux	Unité de soins intensifs du soir de l'association Cerep Phymontin, Paris
Maison de santé pluriprofessionnelle, SISA MSP des Cordeliers, Mangy-en-Vexin	Union professionnelle médecins IDF, Paris
Neurodev, Loos	Université Aix-Marseille, pôle psychologique, Aix-en-Provence
Organisation française des psychologues spécialisés en neuropsychologie (OFPN), Carpentras	
Réseau TAP, Le Kremlin-Bicêtre	

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Fiche descriptive

Titre	Conduite à tenir en médecine de premier recours : devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	<p>Aider les médecins assurant les soins de premier recours, face à un enfant ou un adolescent présentant des signes évocateurs d'un TDAH :</p> <ul style="list-style-type: none"> à mener leur mission de repérage du trouble, à conduire une démarche diagnostique initiale et d'orientation dans le système de soins, à participer au suivi en collaboration avec un médecin spécialiste du trouble, ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH <p>Cette démarche collaborative est destinée à améliorer la prise en charge pluridisciplinaire de ce trouble.</p>
Patients ou usagers concernés	Enfants à partir de 6 ans et adolescents
Professionnel(s) concerné(s)	Médecin généraliste, pédiatre, médecin scolaire et médecin de l'Éducation nationale, pédopsychiatre et psychiatre, neuropédiatre et neurologue, médecin spécialiste en addictologie, médecin spécialiste du sommeil, médecin de rééducation fonctionnelle, psychologue, neuropsychologue, orthophoniste, psychomotricien, infirmière scolaire, psychologue scolaire, ergothérapeute, orthoptiste, orthodontiste, pharmacien d'officine
Demandeur	Association de patients : Hyper-Supers-TDAH France, en collaboration avec par la Société Française de Neurologie - Pédiatrique (SFNP), la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des disciplines associées (SFPEADA) et la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil (SFRMS) DGS (Direction Générale de la Santé)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Christine Revel-Delhom, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Laetitia Cavalière
Recherche documentaire	De janvier 1997 à 2014 Réalisée par Madame Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Madame Maud Lefèvre (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs de l'argumentaire	Mr Romain Debrabant, assistant de recherche clinique, Bordeaux, chargé de projet Mr Jean-Marc Alexandre, psychologue, Bordeaux, chargé de projet Mme Maïa Guinard, psychologue clinicienne, Paris, chargée de projet
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (président : Dr Jean Chambry, pédopsychiatre, Gentilly, , Dr Dominique Girardon, médecin généraliste, Montlignon), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en décembre 2014
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	RPC « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité » (2014)

~

HAS

"Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur"
www.has-sante.fr