HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Résultat de la phase de lecture

Analyse effectuée sur la période de validation suivante : Du 05/12/2023 au 15/01/2024

Projet : **Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents**

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaires(s)
Taux de participation : 78.20 %

Expert	Profession	Date de validation
Expert 1	Médecin au CRTLA Centre de Référence Troubles du Langage et des Apprentissages	06/01/2024
Expert 2	Orthophoniste	08/01/2024
Expert 3	Pédopsychiatre	31/12/2023
Expert 4	Ergothérapeute	07/01/2024
Expert 5	Médecin généraliste	26/12/2023
Expert 6	Pédiatre libéral	08/01/2024
Expert 7	Pédopsychiatre	08/01/2024
Expert 8	Pharmacien	07/01/2024
Expert 9	Représentant patient	06/01/2024
Expert 10	Pédopsychiatre	23/12/2023
Expert 11	Pédopsychiatre	27/12/2023
Expert 12	Pédopsychiatre	06/01/2024
Expert 13	Psychologue	29/12/2023
Expert 14	Représentant patient	07/01/2024
Expert 15	Psychomotricien	05/01/2024
Expert 16	Psychologue	08/01/2024
Expert 17	Représentant patient	03/01/2024
Expert 18	Psychologue	05/01/2024
Expert 19	Représentant patient	06/01/2024
Expert 20	Médecin généraliste	11/12/2023
Expert 21	Pédopsychiatre	07/01/2024
Expert 22	Ergothérapeute	02/01/2024
Expert 23	Ergothérapeute	06/01/2024
Expert 24	Pédopsychiatre	07/01/2024
Expert 25	Neuropsychologue	02/01/2024
Expert 26	Neuropédiatre	06/01/2024
Expert 27	Pédopsychiatre	02/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Expert 28	Orthophoniste	07/01/2024
Expert 29	Psychologue	04/01/2024
Expert 30	Pédopsychiatre	24/12/2023
Expert 31	Pédopsychiatre	30/12/2023
Expert 32	Pédopsychiatre	06/01/2024
Expert 33	Médecin généraliste	07/01/2024
Expert 34	Psychiatrie	27/12/2023
Expert 35	Orthophoniste	06/01/2024
Expert 36	Santé Publique	06/01/2024
Expert 37	Neuropsychologue	04/01/2024
Expert 38	Pédopsychiatre	02/01/2024
Expert 39	Psychologue	05/01/2024
Expert 40	Médecin généraliste	06/01/2024
Expert 41	Médecin généraliste	30/12/2023
Expert 42	Ergothérapeute	08/01/2024
Expert 43	Orthophoniste	06/01/2024
Expert 44	Pédopsychiatre Coordination de parcours de soins TSLA	03/01/2024
Expert 45	Pédopsychiatre	04/01/2024
Expert 46	Pédopsychiatre	08/01/2024
Expert 47	Pharmacien	07/01/2024
Expert 48	Orthophoniste	08/01/2024
Expert 49	Ergothérapeute	28/12/2023
Expert 50	Médecin généraliste	05/01/2024
Expert 51	Psychomotricien	20/12/2023
Expert 52	Pédopsychiatre	31/12/2023
Expert 53	Orthoptiste Neuropsychologue	07/01/2024
Expert 54	Psychologue	20/12/2023
Expert 55	Psychomotricien	18/12/2023
Expert 56	Représentant patient	02/01/2024
Expert 57	HAS SEM	18/12/2023
Expert 58	Psychomotricien	08/01/2024
Expert 59	Représentant patient	07/01/2024
Expert 60	Neurologue	27/12/2023
Expert 61	Orthophoniste	06/01/2024
Expert 62	Orthoptiste	08/01/2024
Expert 63	Représentant patient	26/12/2023
Expert 64	Pédopsychiatre/addictologue	08/01/2024
Expert 65	Pédopsychiatre	06/01/2024
Expert 66	Pédiatre	06/01/2024
Expert 67	Neuropsychologue	08/01/2024
Expert 68	Psychomotricien	07/01/2024

Expert 69	Représentant patient	02/01/2024
Expert 70	Neurologue	19/12/2023
Expert 71	Orthophoniste	29/12/2023
Expert 72	Psychiatrie, Addictologie	31/12/2023
Expert 73	Médecin généraliste	05/01/2024
Expert 74	Neuropsychologue	31/12/2023
Expert 75	Pharmacien	26/12/2023
Expert 76	Neuropsychologue	05/01/2024
Expert 77	Pédopsychiatre	06/01/2024
Expert 78	Pédopsychiatre	08/01/2024
Expert 79	Orthophoniste	03/01/2024
Expert 80	Pédopsychiatre	08/01/2024
Expert 81	Pédopsychiatre	04/01/2024
Expert 82	Psychomotricien	31/12/2023
Expert 83	Psychomotricien	21/12/2023
Expert 84	Psychologue	08/01/2024
Expert 85	Neuropédiatre	07/01/2024
Expert 86	Neuropédiatre	09/01/2024
Expert 87	Psychiatre Médecin du sommeil	28/12/2023
Expert 88	Pédiatre	03/01/2024
Expert 89	Pédiatre	09/01/2024
Expert 90	Génétique médicale	15/01/2024

Titre du Texte des recommandations

Expert 11	**Page 1** Titre : Il ne permet pas de respecter le fait que le TDAH fait partie intégrante des TND. Suggestion : *Trouble du neurodéveloppement dont TDAH : Diagnostic et prise en charge des enfants et adolescents*
Expert 46	TDAH devrait apparaitre in extenso dans le titre

Texte des recommandations

Préambule

Contexte d'élaboration

Dans la continuité de la Stratégie Nationale pour les Troubles du Neurodéveloppement (Autisme, Dys, TDAH, TDI), la HAS a été saisie par l'Association de patient HyperSupers-TDAH France et par le ministère de la santé et de la prévention (DGS/DGOS) afin d'élaborer des recommandations relatives au diagnostic et au traitement du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les enfants et les adolescents par un médecin spécialisé.

Cette demande s'inscrit dans la continuité des recommandations publiées en 2014 et relatives à la Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un TDAH.

Le TDAH fait partie des troubles du neurodéveloppement et il partage avec ces troubles un déficit ou un retard des compétences

acquises au cours du développement (en particulier, concernant les apprentissages et le contrôle émotionnel).
Ainsi, les troubles du neurodéveloppement se caractérisent par une perturbation du développement cognitif et/ou affectif de l'enfant qui entraine un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial. Une politique publique a été définie à travers la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, afin de proposer des actions communes à l'ensemble des troubles du neurodéveloppement (TND) pour repérer, diagnostiquer et intervenir précocement, ainsi que pour diffuser les connaissances. Il est notamment proposé la mise en place de plateformes d'orientation et de coordination pour fluidifier les parcours de soins.
Encore, actuellement le manque de professionnels formés sur le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité, entraîne un retard d'accès aux soins et donc un retard diagnostic et de prise en charge ou une prise en charge non adaptée. Le retard diagnostique du TDAH peut conduire à une aggravation des conséquences psychologiques, scolaires et sociales et à l'installation de troubles associés. Des recommandations ont été publiées en 2014, pour les médecins de premier recours afin d'aider au repérage mais ces médecins (Niveau 1) rencontrent ensuite des difficultés pour trouver et identifier les équipes spécialisées (Niveau 2) formées et disponibles vers qui adresser leurs patients.
L'accès à un diagnostic formel de TDAH et à une prise en charge précoce, est un enjeu majeur afin de ne pas conduire à une aggravation des conséquences psychologiques, scolaires et sociales chez l'enfant.

Expert 11	**Page 9** « Recommandations relatives au diagnostic et au traitement du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité » Suggestion : Trouble déficit de l'attention *avec ou sans* hyperactivité « Entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial » Suggestion : Retirer *important*, l'importance du retentissement permet justement de coter la sévérité des TND. Même si le retentissement est léger ou modéré, il peut s'agir de TND à proprement parler. « Encore, actuellement le manque » : problème de ponctuation Suggestion : Retirer *encore* « Professionnels formés sur le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité » Suggestion : Professionnels formés *au* trouble de déficit de l'attention *avec ou sans* hyperactivité Orthographe : Retard diagnostique « à l'installation de troubles associés » Suggestion : à l'installation de troubles associés *et de complications du trouble (troubles de l'humeur, conduites addictives notamment).* « aggravation des conséquences psychologiques, scolaire et sociale chez l'enfant » Suggestion : aggravation des conséquences psychologiques, scolaire et sociale chez l'enfant *et/ou à l'apparition de complications psychiatriques et addictologiques du trouble*
Expert 46	Peut-on éviter prise en charge et parler d'accompagnement thérapeutique par exemple ? le terme de PEC est vraiment désuet Il faudra compter le nombre d'apparition du terme PEC dans ce texte !
Expert 65	Pour les formes simples de TDAH le diagnostic et le traitement peuvent être assurées par un pédiatre ou un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent. Il faudrait dire à un moment que tout pédiatre et tout psychiatre de l'enfant et de l'adolescent doit savoir diagnostiquer et traiter un enfant et adolescent avec TDAH. Il faudrait éviter ce terme de "prise en charge" qui met les familles et personnes concernées dans une position passive inadaptée.
Expert 88	Contexte d'élaboration : supprimer soit le dernier paragraphe soit le 3ème avant la fin. Ils sont redondants.
CNAM	Désormais "Stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : Autisme, Dys, TDA, TDI" comme précisé en 1ère phrase du 1er paragraphe. Des plateformes de coordination et d'orientation sont en cours de déploiement depuis 2019, pour les enfants de 0 à 6 ans dans un premier temps, puis étendues pour les enfants de 7 à 12 ans dans un second temps. Donc ce n'est seulement "proposé" c'est un des volets en cours de construction.

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Objectif de la recommandation

Les objectifs de ces recommandations sont :

- Aider le médecin spécialiste du trouble TDAH face à un enfant ou un adolescent qui lui a été adressé pour TDAH à :

Conduire une démarche de diagnostic du TDAH

Mettre en place une prise en charge du TDAH adaptée aux besoins du patient, en coordination avec les autres professionnels concernés et les plateformes d'orientation et de diagnostic

Participer au suivi et adapter la prise en charge en fonction de l'évolution du patient

Inscrire cette prise en charge dans une démarche collaborative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle

- Participer à la formation des professionnels concernés et à l'harmonisation des pratiques
- Optimiser le parcours de l'enfant et de sa famille après le repérage d'un TDAH

Expert 11	Orthographe : Objectifs de la recommandation (au pluriel) « spécialiste du trouble TDAH » Suggestion : Spécialiste du TDAH
Expert 65	Si on peut comprendre l'idée, le risque est qu'il y ait des pédiatres et psychiatres de l'enfant et de l'adolescent qui se déclarent "non formés" et qui éviteront de se positionner en niveau 2. La compétence de diagnostic et tt doit être généralisée à l'ensemble des spécialistes pédiatres et PEA sinon on risque de rester très proche de la situation actuelle.
Expert 85	Ne pas faire apparaitre d'emblée dans les objectifs la nécessité de savoir articuler un diagnostic de TDAH avec celui d'autre TND fréquemment associé me semble passer à côté d'un point essentiel, surtout si on s'adresse à un 'médecin spécialiste'.

Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées aux médecins spécialisés du trouble, qui assurent le diagnostic et la mise en place d'une prise en charge adaptée ainsi qu'aux médecins qui assurent le repérage des enfants et adolescents TDAH et participent à la prise en charge et au suivi.

Ces recommandations concernent aussi tous les professionnels exerçant dans le domaine de la santé ayant à intervenir auprès d'enfants et d'adolescents TDAH : médecin, autres professionnels de santé, psychologues, aidants qualifiés, professionnels sociaux éducatifs, personnels de l'éducation nationale.

Expert 44	Enseignants ne sont pas des professionnels exerçant dans le domaine de la santé

Population concernée

Ces recommandations concernent les enfants et les adolescents.

Le terme « parents » comprend les personnes de l'entourage familial et éducatif détenant l'autorité parentale et assurant l'éducation de l'enfant.

Comme pour la majorité des TND il n'y a pas de limite d'âge inférieure établie pour poser le diagnostic de TDAH. Des symptômes évocateurs de TDAH peuvent être présents dans le cadre du développement standard de l'enfant. Avant l'âge de 5 ans, l'apparition de ces symptômes ne doivent alerter que si leur intensité, leur persistance et leur retentissement, sont disproportionnés comparés à la classe d'âge de référence.

Expert 11	**Page 10** « Médecin spécialisé du trouble » Suggestion : *Médecin spécialiste du TDAH*, et ce pour l'ensemble du document « Assurant l'éducation de l'enfant » Suggestion : Assurant *un soutien affectif et éducatif* de l'enfant

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

	« Ex génétique » Suggestion : *Par exemple génétiques*

Formation des professionnels au TDAH

Recommandation 1

Afin de pouvoir poser des diagnostics et assurer les prises en charge, il est recommandé que les médecins soient formés au TDAH
Cette formation s'appuie sur un socle de connaissances de l'ensemble des données présentées en introduction, à savoir :

- Il existe des facteurs de risques (ex génétique) et certains facteurs favorisant (par exemple environnementaux) pouvant apparaitre au cours du développement. Il est important de bien noter que l'adversité psychosociale bien que pouvant être associée à un tableau de TDAH, n en constitue ni une cause unique ni n'en fait un diagnostic d'exclusion ;
- Les données historiques sur le TDAH ;
- Les aspects neurodéveloppementaux du TDAH ;
- Les caractéristiques sémiologiques et les éléments cliniques pour le diagnostic, adaptés au stade de développement et au sexe de l'enfant ;
- La connaissance des outils et tests utiles dans l'évaluation d'un TDAH et leurs indications
- Le retentissement somatique, psychologique, cognitif et émotionnel du TDAH ainsi que le retentissement dans la vie sociale, académique et professionnelle. ;
- Les modes d'évolutions possibles, en particulier à l'adolescence et l'âge adulte ;
- La connaissance des données scientifiques concernant les mécanismes d'actions, l'efficacité et la tolérance des différents traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	2	0	1	2	6	19	56	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.33	97.67

Expert	Commentaires
Expert 1	Il me parait nécessaire de rajouter dans le socle de connaissances -la connaissance des dynamiques familiales liées au TDAH (ex.prévalence dans la famille, impact du TDAH de l'enfant mais aussi éventuellement du TDAH parental sur le style parental) et l'importance de la prise en charge familiale (psychoéducation, programmes d'entrainement)du TDAH de l'enfant -la connaissance des diagnostics différentiels et comorbidités
Expert 6	Les données historiques sont-elles indispensables ? Sinon tout à fait d'accord avec les autres propositions

Expert 8	Les médecins scolaires doivent impérativement être formés : ce sont très souvent le premier professionnel en mesure d'identifier un TDAH chez un enfant puisqu'il le voit évoluer en milieu scolaire qui est le lieu où les troubles sont très visibles, très présent. En effet chez mes enfants et chez d'autres enfants de mon entourage c'est toujours le médecin scolaire qui a été le premier a envisagé un diagnostic de TDAH et amorcé le parcours de diagnostic et de soins
Expert 11	- Les principales comorbidités et complications du troubles ainsi que les diagnostics différentiels ;
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Pour les enfants, il est utile de (1) dépister le TDAH chez les parents au regard du niveau élevé d'héritabilité (ASRS v1.1, Wender Utah Rating Scale, et entretien clinique peuvent suffire dans un premier temps), (2) dépister les troubles de l'apprentissage au regard de leur niveau élevé de comorbidité avec le TDAH, (3) dépister le TDAH dans la fratrie au regard du niveau élevé d'héritabilité, et (4) dépister les troubles de l'apprentissage au regard de leur niveau élevé de comorbidité avec le TDAH.
Expert 16	Il importe que les professionnels se réfèrent à des classifications internationales (DSM-5 et CIM-11). Il est fait mention dans le texte de la CFMTEA comme étant une classification "principale". C'est à mon sens faux et même si ultérieurement il est bien fait mention du DSM et de la CIM, il faudrait clarifier ce point.
Expert 21	il pourrait être intéressant de réaliser un diapo minimum à partir des reco qui soit partagé pour toutes les formation
Expert 23	Ce que je ne comprends pas, c'est pourquoi il n'y a que des accords d'experts dans tout le document, alors qu'il y a quand même des études sur les prises en charge, sur les critères diagnostic etc...
Expert 24	1. mauvaise coordination des formats des différents tirets : le premier est à reformuler car ne correspond pas aux suivants 2. "pouvant apparaitre au cours du développement" : mal-dit et inutile, à quoi se réfère-t-on ? au développement embryonnaire ? au neurodéveloppement ? au développement du trouble ?
Expert 34	Il serait intéressant de pointer les comorbidités et notamment les comorbidités addictives qui ne sont pas évoquées dans les conséquences du TDAH qui peuvent survenir dès l'adolescence. A meta-analysis of twelve studies covering over 5,400 people found that those with ADHD were almost three times more likely to be nicotine-dependent. Combining eleven studies with almost 2,400 participants, those with ADHD were 50% more likely to develop a drug or alcohol use disorder than those without ADHD (Lee et al., 2011). A meta-analysis found that ADHD was associated with a more than twofold greater odds of alcohol-use disorders (13 studies, over 20,000 participants) and nicotine-related disorder (14 studies, over 1,800 participants) (Groenman et al., 2017). A Swedish study of over half a million people found a more than threefold association between ADHD and subsequent drug use disorders after adjusting for sex and parental education (Sundquist et al., 2015).
Expert 35	En ce qui concerne les professionnels concernés, il manque de citer après les médecins, et à la place d"autres professionnels de santé" (terminologie trop vague) rajouter si possible les orthophonistes , formés au TDAH, ainsi que les psychomotriciens (surtout pour les enfants de moins de 5 ans) en même temps que les psychologues, en première ligne puisque l'orthophonie fait partie des soins remboursés et traitant les troubles du langage et des apprentissages très représentés (50 %) par les enfants et adolescents avec TDAH. Avant l'âge de 5 ans, devant l'importance de signes cliniques évoquant le TDAH, Il est aussi indispensable d'établir un diagnostic précoce , dès 5 ans, pour pouvoir mettre en place les aides thérapeutiques fondamentales comme l'orthophonie, la psychomotricité,la psychologie TCC et pour diminuer l'impact du TDAH dans tous les domaines scolaire, familial, social, et ainsi limiter les conséquences sur le long terme parfois comme le décrochage scolaire, refus de l'acceptation de l'enfant à l'école en raison de l'agitation, l'impulsivité, les accidents domestiques, l'impossibilité des adaptations scolaires sans diagnostic, et interprétation à tort de l'école sur le comportement des parents ainsi éviter chez les enfants TDAH les conduites d'opposition avec provocation dangereuses dès 5 ans ou l'anxiété ou dépressions et chez l'adolescent les conduites à risques, qui bouleversent la vie familiale et scolaire.(comorbidité de TOP) en cas de TDAH sévère. Beaucoup de médecins aujourd'hui attendent l'âge de 7 ans ou 8 ans, et avec les délais de prise en charge, l'impact du TDAH est très important et difficilement réversible, avec une plasticité cérébrale moindre à 7 /8 ans qu'à 5 ans. En ce qui concerne les facteurs de risque, l'adversité psycho sociale, l'exposition aux écrans, ne sont pas la cause du TDAH.
Expert 36	S'agissant des médecins, la présentation du socle est trop générale concernant l'acquisition des connaissances pour lesquelles il existe plusieurs niveaux de formation, il convient de le rappeler, avec des orientations différentes selon les spécialités médicales Pour un médecin non spécialisé dans les TDAH, un socle de connaissances trop dense risque d'alourdir la mission de repérage, d'adressage et de vigilance sur les diagnostics différentiels

Expert 44	Uniformiser la proposition (premier tiré: Les facteurs de risque:...)
Expert 46	Absolument d'accord .. cette phrase est essentielle - Il existe des facteurs de risques (ex génétique) et certains facteurs favorisant (par exemple environnementaux) pouvant apparaitre au cours du développement. Il est important de bien noter que l'adversité psychosociale bien que pouvant être associée à un tableau de TDAH, n en constitue ni une cause unique ni n'en fait un diagnostic d'exclusion ;
Expert 47	Dans le préambule, contexte d'élaboration : l'acronyme TDAH est mal défini en 4ème ligne du texte pdf. Il ne correspond ni à sa définition officielle ni à la liste des abréviations : il manque "ou sans". Même chose dans la 2ème moitié du paragraphe (dans la phrase "Encore, actuellement [...]). Dans le préambule, objectif de la recommandation : - employer "médecin spécialisé" plutôt que "médecin spécialiste" car "spécialiste" est plus restrictif en renvoyant à la spécialité d'exercice du médecin et exclu ainsi les médecins généralistes qui se sont formés au TDAH. - corriger "trouble TDAH" car si on développe l'acronyme cela donne une répétition "trouble déficit [...]. Soit développer complètement l'acronyme, soit n'utiliser que l'acronyme. - compléter la dernière phrase du paragraphe : "optimiser le parcours de l'enfant, L'ADOLESCENT et de sa famille [...]" pour plus de cohérence avec l'ensemble du texte dans lequel on parle de l'enfant et de l'adolescent. Dans le préambule, professionnels concernés : corriger les expressions "enfants et adolescents TDAH" par "enfants et adolescents AYANT UN (ou PRESENTANT UN) TDAH" car si on détaille l'acronyme, la formulation devient incorrecte en langue française ; TDAH s'apparente à un nom plutôt qu'un adjectif.
Expert 49	Le contenu de la formation doit également contenir: -les différents tableaux cliniques du TDAH -une connaissance approfondie des professions de santé faisant partie de l'équipe pluridisciplinaire, le rôle de chacun, et l' indication de la prescription
Expert 58	Le retentissement somatique, psychologique, cognitif et émotionnel du TDAH ainsi que le retentissement dans la vie sociale, académique et professionnelle. J'ajouterais psychomoteur.
Expert 60	Il semble nécessaire de connaître les autres troubles pouvant s'associer dans le cadre des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) avec en particulier les troubles spécifiques du langage écrit et du langage oral (TSLE et TSLO) et les troubles d'acquisition des coordinations (TAC). Il faut aussi connaître les co-morbidités les plus fréquentes qui doivent être recherchées (pathologies anxieuses, dépression, addictions et troubles du sommeil).
Expert 61	La connaissance des outils et tests, ainsi que des retentissements variés pourrait être associé à la connaissance de l'expertise de différents professionnels de santé concernant ces évaluations et retentissements : psychologues, orthophonistes, psychomotricien·nes, ergothérapeutes notamment.
Expert 63	Dans la forme: -Contexte d'élaboration : 1)- Mettre des majuscules à Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité et rajouter "ou sans" absent pour le moment. Cette erreur a été faite à deux reprises dans ce paragraphe. 2)- Une majuscule à "Conduite" en milieu de phrase à supprimer. 3)- Une faute d'orthographe, remplacer "retard diagnostic" par "retard diagnostique". 4)- Il manque un point après le dernier mot de ce paragraphe "l'enfant". Objectif de la recommandation : 1)- La ponctuation est absente à la fin des énumérations. 2)- Il serait bon de l'harmoniser sur tout le document car la ponctuation est pour le moment anarchique au regard des énumérations. Professionnels concernés - supprimer "exerçant dans le domaine médical" car les aidants et le personnel de l'éducation nationale n'en font pas partie Formation des professionnels au TDAH 1)- rajouter un point à la fin de la 1ère phrase après le sigle TDAH 2)- revoir la ponctuation des énumérations
Expert 64	Formulation claire et exhaustive
Expert 65	Je propose de reformuler les points 1, 2 et 3. On ne comprend pas pour quelles raisons la connaissance de l'historique du TDAH soit essentielle pour poser un diagnostic, c'est plutôt de l'ordre de la culture générale médicale/psychologique. Les "aspects neurodéveloppementaux" ne correspondant pas à quelque chose de précis - s'agit-il de la connaissance des présentations cliniques au cours du développement, de la comorbidité avec les autres TND ? Il faudrait un item sur les comorbidités et diagnostics différentiels dans les connaissances de base. Je pense qu'il serait aussi utile d'inclure dès le début la notion de facteurs influençant la présentation clinique (sexe, âge, contexte).

	Pour ce qui est des facteurs de risque/favorisants, je les mettrais après l'item sémiologie ce n'est pas logique de commencer par cela. Attention au terme de "tableau clinique" c'est du jargon médical. Ce ne serait pas mieux d'intégrer cette formation dans les référentiels concernés ??? pour tous les DES concernés, chacun avec les informations pertinentes ?? Le TDAH étant un trouble très fréquent cela semble contre-productif de ne former qu'une partie des spécialistes.
Expert 66	Il paraît important d'ajouter dans la formation la connaissance des autres TND, souvent comorbides du TDAH afin que le professionnel soit en mesure de faire la différence entre surcharge cognitive, anxiété, en lien avec des mécanismes de compensation et réel TDAH
Expert 67	Ajout d'un point à la fin de la 1ère phrase : "il est recommandé que les médecins soient formés au TDAH" Ajout d'une virgule après : " Il est important de bien noter que l'adversité psychosociale"
Expert 69	Il faudrait également leur expliquer comment remplir un certificat médical spécifique pour la MDA ou MDPH. Le taux d'incapacité ouvrant droit à l'AEEH est directement impacté par le contenu du certificat médical.
Expert 73	Nécessité d'établir une liste de formations de référence permettant justement de référencer de manière solide les médecins formés (DIU je pense car formation complète et solide).
Expert 76	S'il est question ici de définir ce qu'on entend dans l'ensemble des reco par "médecin spécialiste", une formation plus large sur les TND est requise afin de faciliter l'analyse différentielle du TDAH et mieux orienter vers les professionnels de santé concernés.
Expert 77	Cette formulation est critiquable pour deux raisons : -il isole la formation sur le TDAH d'une formation globale le développement psychoaffectif et cognitif ce qui n'est pas pertinent. La formulation qu'on retrouve page 15 du texte de synthèse incluant "...connaissance du développement normal et pathologique de l'enfant et l'adolescent tant sur le plan neurologique, psychomoteur, affectif que psychologique et cognitif" et beaucoup plus pertinente que celle-ci. Elle serait à préciser. -il distingue artificiellement "facteur de risque" génétique et "facteurs favorisant" environnementaux ce qui semble sous tendu par la vieille dichotomie nature/culture et une représentation opposant les facteur de risque génétiques et environnementaux qui risque de maintenir des fausses croyance sur la nature des troubles neurodéveloppementaux ; au risque de sous-estimer des facteurs environnementaux sur lesquels il pourrait exister des interventions (par ex: maltraitance).
Expert 80	Le sexe de l'enfant a de moins en moins d'impact sur la prévalence du diagnostic, mais en a de façon fluctuante sur la présentation des symptômes
Expert 84	On peut se demander de quels médecins il s'agit ici dans ce texte. Parle t-on de la formation des médecins généralistes ou des médecins psychiatres ? Il me semble par exemple potentiellement exagéré d'attendre des médecins généralistes qu'ils soient formés aux outils et tests utiles à l'évaluation du TDAH. Il me semble qu'il faudrait différencier les recommandations pour la formation des psychiatres et pour la formation des généralistes, et bien cibler la formation des généralistes.
Expert 85	Outre des remarques de formulation, cf. document annoté en PJ de #84, ma réticence majeur et récurrente par la suite est qu'il est assez impensable de ne pas lister dans ce corpus le fait que le TDAH est très fréquemment associé à d'autres TND et donc qu'il faut un minimum de connaissance sur l'ensemble des TND pour prétendre prendre en charge des patients avec TDAH, ne serait-ce que pour savoir dépister sinon co-diagnostiquer ces autres TND au besoin. C'est majeur compte tenu de l'épidémiologie de ces associations de trouble (pas du tout marginal, 20 à 50% des cas). Pas 'apparaitre'… Je mettrais « Il existe des facteurs de risque (précoces, génétique ou environnementaux) et des facteurs aggravant (ou favorisant) au TDAH. » Assez impensable de ne pas mettre dans ce corpus le fait que le TDAH est très fréquemment associé à d'autres TND
Expert 88	Formation des professionnels au TDAH et aux TND (à rajouter SVP): … - Pourquoi séparer Facteurs de risque et facteurs favorisants ? Quelle différence ? Je propose –« Il existe de multiples facteurs de risque génétiques, épigénétiques ou environnementaux, dont les combinaisons sont diverses, survenant simultanément ou successivement en préconceptionnels, conceptionnels, périnatals, et/ou post-natal »s. Il est important de noter que l'adversité psychosociale …. +++ à mettre en gras. Rajouter un alinéa pour – Les autres TND.
Expert 90	Peut être faudrait il préciser la différence de formation entre formation initiale et formation continue ?

Recommandation 2

Le contenu de la formation des médecins spécialisé dans le TDAH devra intégrer les connaissances théoriques sur les critères

diagnostiques, et la prise en charge du TDAH conformément aux présentes recommandations.

Le Groupe de Travail suggère que cette formation soit validée par les Collèges universitaires, membres de la CNCEM (Coordination Nationale des Collèges Enseignants en Médecine).

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	1	3	2	3	6	16	45	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.69	92.31

Expert	Commentaires
Expert 1	Je n'ai aucune idée du fonctionnement ni de l'efficacité de la CNCEM ci-dessous la phrase "Le Trouble Déficit de l Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est fréquent avec une prévalence estimée chez l'enfant à 5% dans le monde et d'environ 4 % en France "m'interpelle car il n'y a aucune raison scientifique à cet écart entre le monde et la France et issu de adhd federation traduit en français: " Une méta-analyse de 19 études portant sur plus de 55 000 participants a montré que 5,9 % des enfants répondent aux critères diagnostiques pour le TDAH (Willcutt, 2012). Une autre méta analyse, avec 135 études et environ un quart de million d'enfants, n'a révélé aucune différence significative dans la prévalence entre l'Amérique du Nord et l'Europe, l'Asie, l'Afrique, l'Amérique du Sud et l'Océanie (Polanczyk et al., 2014)." Il me semble qu'étayer cette prévalence de données de fort niveau de grade est important au vu de la contradiction qu'il peut y avoir sur le sujet
Expert 2	Il semble important d'ajouter les troubles associés et les manifestations cliniques sur d'autres apprentissages. ex: difficultés de compréhension orale et/ou écrite quand il existe un tble de l'attention important sans manifestation clinique motrice franche.
Expert 3	Ajouter la nécessité pour ce médecin spécialiste d'avoir validé une connaissance du développement normal et pathologique de l'enfant et l'adolescent tant sur le plan neurologique, psychomoteur, affectif que psychologique et cognitif. Lui permettant de valider le diagnostic mais également d'éliminer les diagnostics différentiels et de faire le diagnostic des comorbidités somatiques et psychiatriques.
Expert 6	Pour la pédiatrie, la CNCEM ne comprend que des pédiatres universitaires. Pourquoi exclure les libéraux ?
Expert 7	Faisabilité ?
Expert 9	Oui à condition que la validation soit rapide pour ne pas accentuer le retard que la France a déjà sur le sujet.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le Groupe de Travail ne précise pas quels critères seraient retenus pour cette validation. La durée de l'expérience clinique devrait intervenir. Que propose le Groupe de Travail pour des psychiatres ou des neurologues exerçant depuis plusieurs années sans formation théorique validée?

	Les connaissances sur les critères diagnostiques ne seront pas suffisantes. Il faut connaître les comorbidités: problème récurrent avec les neurologues qui ignorent les comorbidités psychiatriques ou adressent les patients à des psychothérapeutes sans motif sérieux. Il est impératif de décrire la procédure de formation continue et d'évaluation des pratiques comme le fait, par exemple, l'Académie Américaine de Pédiatrie.
Expert 16	Les centres d'excellence en autisme et troubles du neurodéveloppement pourraient contribuer également à cette validation car ils sont spécialisés sur ces questions.
Expert 22	Inclure une information sur les prises en soin paramédicales (rôles des ergothérapeutes, orthophoniste, etc), afin de favoriser une orientation sur prescription médicale adaptée.
Expert 23	Je n'ai pas de connaissance sur le CNCEM et à quoi elle peut servir. Mais je suis en accord si elle permet aux médecins d'avoir une formation de qualité et avec des EBP françaises et internationales.
Expert 26	La formation d'un médecin spécialisé peut aussi se faire auprès d'un tuteur ,médecin ou psychologue, qui assure la formation " au lit du malade ",en donnant aussi bien sûr une formation théorique ,qui peut aussi s'acquérir dans les congrès ,les lectures
Expert 27	Les DU et DIU consacres aux TND dont TDAH sont approuvés localement par les conseils académiques des universités promotrices (comité de coordination des études médicales - CCEM). L'avis du collège local de spécialité n'est que consultatif et c'est bien l'université responsable qui supervise à la fois le contenu pédagogique et s'assure de la crédibilité scientifique des responsables pédagogiques. Pourquoi rajouter une couche avec le CNU ?
Expert 35	Est-il possible s'il vous plaît que tous les médecins formés au TDAH et soient habilités à poser ce diagnostic ,c'est à dire les médecins généralistes surtout, en plus des pédiatres et des psychiatres, Étant donné le manque de professionnels sur le terrain et les délais d'attente de diagnostic , d'accompagnement voire de mise en place de traitement médicamenteux pour les TDAH sévères, dans les urgences face à des troubles psychiatriques importants, ou décrochage scolaire, ou impossibilité d'être accepté à l'école, en raison des conséquences du TDAH? Une formation de DU du TDAH est recommandée mais non obligatoire pour tous les professionnels en lien avec les TDAH (médecin, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, psychologues..)
Expert 43	Avec une obligation de mettre à jour ses connaissances régulièrement.
Expert 44	Préciser quels collèges
Expert 45	Le terme de "médecins spécialisés du trouble" me semble incongru, à risque de confusion avec les spécialistes du TDAH (neuro psychiatre pédopsychiatre pédiatre) ne peut-on pas les nommés plutôt "médecins formés au TDAH" comme le suggère le fait qu'ils ont suivi une formation à même de les sensibiliser aux bonnes pratiques ?
Expert 46	Médecins spécialisés Critères diagnostiques et compréhension de la physiopathologie du Trouble donc connaissances théoriques actuelles sur le Trouble, sur les critères diagnostiques et la prise en charge (même si ce terme est à éviter selon moi).. il devrait y en avoir un meilleur .. Accompagnement thérapeutique ?
Expert 47	Je pense qu'il faudrait ajouter dans ce paragraphe l'assertion faite en page 15, dans le paragraphe 2.2 : "Cette compétence peut être un diplôme universitaire [...] ou d'une équipe spécialisée".
Expert 50	Et CNGE
Expert 54	Je suis entièrement d'accord que la formation des médecins spécialisé dans le TDA H intègre des connaissances théoriques sur les critères diagnostiques et la prise en charge du TDA H. En revanche je ne peux pas me positionner sur le fait que cette formation doit être validée par les collèges universitaires membres de la CN CM.
Expert 60	Cette formation spécifique à la connaissance du TDAH doit s'intégrer dans la maquette de formation des neurologues, des pédiatres et des psychiatres avec peut-être un module transversal.
Expert 63	- rajouter u "s" à "médecins spécialisés" - supprimer la virgule après "critères diagnostiques" dans la même phrase
Expert 65	La notion de médecins spécialisés dans le TDAH est trop ambiguë et me parait problématique ; il faudrait en fait que tout psychiatre (d'enfants/ado et d'adulte), tout addictologue et tout pédiatre soit correctement formé au TDAH. Il serait sinon assez facile pour les médecins de ces spécialités de se dire 'insuffisamment formés" pour se désengager du diagnostic et des parcours de soins des jeunes concernés. L'objectif n'est pas de former quelques spécialistes mais bien de les former tous et les médecins traitants aussi (dans des parcours gradués dans lesquels chacun à sa fonction et son importance). Ok pour la validation par les collèges universitaires et penser à la place des MG qui sont maintenant des spécialistes.

Expert 67	Ajout d'un S à "spécialisé" 1ère phrase sur le contenu de la formation répétitive par rapport au paragraphe précédent : à placer avant le détail présenté sous forme de tirets au paragraphe précédent ? Concernant le CNCEM : je ne peux pas répondre, je ne connais pas cet organisme médical. Si c'est une façon de faire habituelle pour les formations en médecine, je dirai que je suis d'accord. Mais est-il nécessaire d'avoir une formation certifiée par un organisme médical plutôt que par un organisme plutôt global ? L'objectif est-il de former uniquement des médecins sans ouvrir aux autres professionnels du soin ? Peut-on devenir médecin spécialisé TDAH via une expérience de terrain dans un service spécialisé par ex ou est-ce nécessaire de faire cette formation ?
Expert 74	Si le CNCEM est parfaitement légitime d'un point de vue médical stricto sensu pour valider la formation des médecins au TDAH, il apparaît essentiel que la formation soit aussi confiée à des spécialistes non médecins ou du moins que ceux-ci soit aussi sollicités. En effet, certains aspects de l'expertise relèvent en particulier du champ de la psychologie et de la neuropsychologie plus spécifiquement comme les mécanismes neurocognitifs concernés et expliquant la sémiologie du TDAH tels qu'ils sont décrits dans l'argumentaire scientifique ici (troubles des fonctions exécutives et de l'attention, impact sur la qualité de vie, l'intégration sociale, interfaces neurocognition - psychopathologie, prises en charge...). De même, la question de l'évaluation directe ou indirecte des troubles de l'attention et des fonctions exécutives requiert une expertise scientifique et clinique spécifique qui devrait être confiée aux experts de la psychométrie, notamment au regard des nombreuses imprécisions et approximations qui concernent cette partie de l'argumentaire scientifique et des recommandations (voir plus loin). Cette dimension méthodologique est essentielle puisque les médecins spécialisés dans le TDAH s'appuieront sur ces outils, directement ou indirectement, pour étayer leur diagnostic, il est donc impératif de faire appel à des experts de l'évaluation/questionnaires/tests pour éviter de générer des risques majeurs de faux positifs et de faux négatifs. Il serait opportun de solliciter par exemple les sociétés savantes spécialisées dans ce domaine (Société de Neuropsychologie de Langue Française et Société Française de Neurologie Pédiatrique, par ex.) qui pourrait solliciter les experts cliniciens, chercheurs et universitaires susceptibles de valider et/ou de contribuer à mettre en œuvre cette formation. La sollicitation des acteurs déjà impliqués dans les formations continues sur le territoire national pourraient également être mobilisés (DU ou DIU en particulier) qui connaissent bien ces questions de formation depuis plusieurs années, ce qui favoriserait en outre une cohérence formative entre les différents acteurs. Est-il prévu de communiquer officiellement une liste des formations actuelles, en particulier en formation continue, qui informe les médecins intéressés de ces formations (nombre d'heures consacrées au TDAH, stage, etc.) ?
Expert 77	L'assertion "conformément aux présentes recommandation" apparait une tentative d'introduire une contrainte quant à la "conformité des formations. La HAS n'a pas à prendre une telle fonction. La 2e assertion est bonne. Le universitaire seront apte à introduire les recommandation dans les formations qu'ils monteront si elles sont toujours d'actualité. C'est bien leur fonction;
Expert 84	Ici aussi je m'interroge sur ce qu'on entend par "médecins spécialisés dans le TDAH". Cette catégorie ne me semble pas claire.
Expert 85	Formulation inadaptée. Il n'y a pas de `médecin spécialisé dans le TDAH, au mieux (on espère, c'est certainement nécessaire) des médecins (issus de diverses spécialités incluant la MG) qui ont ou se sont doté d'une compétence particulière dans les TND A ce titre, si on insiste ensuite sur la formation hors (pédo)psy, (neuro)pédiatre ou MPR, par exemple pour demander l'élargissement de la possibilité de prescrire des psychostimulants, il est indispensable que cette formation soit pensée à l'échelle des TND et pas seulement du TDAH. On n'est pas TDAHologue, on ne connait pas bien le TDAH sans connaitre les autres TND, ce n'est pas suffisant.
Expert 89	En formation continue pour les médecins libéraux il existe aussi des formations faites dans le cadre du DPC, avec la collaboration d'enseignants universitaires mais impulsés par les pédiatres libéraux de l'AFPA en particulier qui permettent de former des médecins au TDAH et aux autres troubles du neurodéveloppement
Expert 90	Faut il inclure les CNP qui sont en plus charge de la formation continue que les collèges ?

1 Généralités

Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est fréquent avec une prévalence estimée chez l'enfant à 5% dans le monde et d'environ 4 % en France.

1.1 Définition

Le Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est classé dans la catégorie des troubles du neurodéveloppement. Il se caractérise par des symptômes d'inattention et d impulsivité, accompagné ou non de symptômes

d'hyperactivité, d'intensité inappropriée par rapport à l'âge de développement. Le TDAH peut présenter des formes avec inattention prédominante ou dans lesquelles l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent, mais la forme la plus fréquente en population clinique est la forme combinée, associant les trois types de symptômes chez l'enfant.
Il affecte les enfants et persiste à l'adolescence ainsi qu' à l'âge adulte. Le TDAH doit être considéré a priori comme un trouble chronique même si l'expression clinique du trouble varie d'un individu à l'autre et chez un même individu au cours de sa vie.
Il peut représenter une source de handicap important durant la vie entière, objectivé par l'estimation du nombre d'années perdues (en anglais DALY : Disability adjusted Life Years).
Ces symptômes altèrent le fonctionnement de l'enfant dans ses loisirs, sa scolarité, ses relations sociales et familiales perturbant ainsi sa qualité de vie de façon quotidienne. Cela entraine un retentissement important sur le fonctionnement personnel, social, académique ou professionnel.
Selon la définition du DSM 5 TR, la sévérité du TDAH peut être déclinée en trois niveaux qui peuvent évoluer selon le temps et le contexte :
- TDAH léger : peu ou pas de symptômes en plus de ceux qui sont requis pour faire le diagnostic sont présents, et les symptômes n entrainent que des troubles fonctionnels mineurs
- TDAH modéré : des symptômes ou une altération fonctionnelle sont présents sous une forme intermédiaire entre « léger» et «sévère»
- TDAH sévère : de nombreux symptômes en plus de ceux requis pour poser le diagnostic ou plusieurs symptômes particulièrement sévères sont présents, ou les symptômes entrainent une altération marquée du fonctionnement social, académique ou professionnel.

Expert 11	Suggestion : Il se caractérise par des symptômes d'inattention, accompagnés ou non de symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité Suggestion : Et peut persister « Comme beaucoup de troubles psychiatriques » Il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental et non d'un trouble psychiatrique. La tournure me semble maladroite. Suggestion : Retirer comme beaucoup de troubles psychiatriques Suggestion : Comme exclusivement réactionnel ou neurologique
Expert 46	TDAH d'intensité légère modérée ou sévère ?
Expert 65	Prévalence : Formulé comme cela, on a l'impression que la prévalence en France est différente du monde entier, ce qui n'est pas le cas...
Expert 85	Il est important de préciser dès la définition que le « TDAH associe souvent (toujours) un certain degré de dysfonction exécutive au sens large (plus ou moins généralisé), au delà de du déficit attention et inhibiteur ». Sinon on entérine que le nom prime sur la réalité physio/psychopathologique ce qui est très dommage et contraire à la réalité clinique.
Expert 88	Fin du paragraphe définition, je mettrai une phrase pour dire qu'il est très souvent associé à d'autres TND.
CNAM	cf argumentaire : La présentation clinique la plus fréquente en population est le type mixte, associant les trois dimensions de symptômes chez l'enfant d'âge scolaire mais il existe des formes avec inattention prédominante et des présentations dans lesquelles l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent. Le TDAH doit être considéré comme un trouble chronique même si l'expression clinique du trouble varie d'un individu à l'autre et chez un même individu au cours de sa vie.

1.2 Historique

Le trouble lui-même a été décrit à la fin du 18ème siècle mais sa reconnaissance a été bien plus tardive. Comme beaucoup de troubles psychiatriques, il a été compris au cours du temps comme réactionnel ou neurologique. D'abord considéré comme un trouble affectivo-caractériel, puis comme hyperkinétique (essentiellement basé sur l'agitation motrice), la dimension de déficit d'attention n est apparue à une place principale que dans le DSM III (en 1980). Aujourd'hui, il existe un consensus autour d'une hypothèse neurodéveloppementale.

En 1994, le THADA, « trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention », est abandonné pour l'acronyme TDAH, « Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », traduction de l'anglais ADHD, apparu officiellement dans le DSM-IV (2000) avec le déficit de l'attention au premier plan et la reconnaissance de la persistance possible du trouble à l'âge adulte, dans le DSM 5.

Expert 21	partie peu claire DSMIII: THADA DSMIV: TDAH et DSMV: la phrase sur le consensus est mal placée
Expert 65	Que faites vous des présentations avec hyperactivité/impulsivité prédominantes ? Dans la formulation diagnostique actuelle, le déficit attentionnel n'est pas strictement au premier plan.
Expert 85	Ce paragraphe historique est en l'état faible, très discutable et manque sont objectif de mise en perspective. Il est au minimum maladroit de considérer le TDAH comme un trouble psychiatrique, il s'agit d'un TND, un trouble cognitif et comportemental, ce qui concerne autant la psychiatrie que la neurologie ou la MPR… Qu'entend-on par hypothèse ? Je mettrais « autour d'une origine neurodéveloppementale et d'une appartenance aux troubles du neurodéveloppement. » On ne comprend pas 'réactionnel ou neurologique'. Important certainement de dire que considéré à tord comme réactionnel à une époque, mais 'neurologique', je ne vois pas ce qu'on pointe, on peut du reste toujours considérer que c'est autant neurologique que psychiatrique car neurodéveloppemental… Ces considérations relatives aux disciplines médicales me semblent inadaptées. Bref, j'enlèverai cette phrase entièrement pour ne garder que le fait que « le trouble a été un temps considéré à tord comme réactionnel ».

1.3 Classifications

Les principales classifications actuelles décrivant le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) sont :

- La Classification International des Maladies (CIM11) éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) entrée en vigueur depuis janvier 2022.
- Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5-TR) édité en 2013 et révisé en 2022 par l'American Psychiatric Association
- La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, CFTMEA dans sa version la plus récente (CFTMEA 2020 -R).

1.4 Epidémiologie

1.4.1 Prévalence

La prévalence du TDAH dépend de l'âge et varie en fonction des critères diagnostiques selon la classification et la méthode de recueil utilisée pour l'évaluation des symptômes.

Selon les études épidémiologiques dans la population générale, la prévalence chez les enfants et adolescents est estimée, entre 3 et 5 %, le chiffre qui fait consensus en France est de 4 % et entre 2 à 3 % chez les adultes sans différences significatives existantes entre les pays occidentaux.

Cette prévalence apparait stable depuis les trente dernières années.

Expert 85	On va avoir besoin d'insister sur les associations de TND (la « comorbidité »), il faut donc donner des éléments épidémiologiques en la matière. Quelle est la fréquence des associations TDAH - autres TND ? C'est connu et c'est très élevé et c'est fondamental de le dire.

1.4.2 Caractéristique des patients

Le TDAH est deux fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles en population pédiatrique.

Le TDAH pourrait être moins bien repéré et, de fait, sous-diagnostique chez les filles. Les filles atteintes de TDAH présentent des symptômes plus discrets que les garçons. Chez la fille, la forme inattentive est la plus fréquente alors que chez le garçon, la forme combinée est la plus fréquente.

Expert 11	Suggestion : Les filles atteintes de TDAH présentent *habituellement* des symptômes plus discrets

1.4.3 Retentissement du TDAH

Les symptômes du TDAH se caractérisent par un retentissement important et variable sur les relations familiales et sociales et sur les performances scolaires, les études et le parcours professionnel,

Dans la majorité des cas, cela complique le parcours scolaire, et se traduit par une perte de chance académique en affectant les apprentissages et l'adaptation scolaire : difficultés d'organisation, conflits interpersonnels plus fréquents, difficultés dans le travail personnel, etc.

La symptomatologie du TDAH est souvent associée à un retentissement négatif sur l'estime de soi.

1.4.4 Conséquences du TDAH

Le TDAH est associé à une augmentation des accidents domestiques et des accidents de la voie publique.

Les études prospectives mettent également en évidence chez les adolescents et adultes diagnostiqués TDAH dans l'enfance, des troubles de l'usage de substances.

Chez les adolescents, le TDAH est associé à un plus fort risque de problèmes liés à la sexualité avec des taux plus élevés d'infections sexuellement transmissibles. Par ailleurs, il est noté une augmentation du risque de parentalité précoce.

La mortalité par suicide est plus élevée parmi les sujets atteints de TDAH ainsi que les tentatives de suicides et les idées suicidaires, qui sont deux fois plus élevées que dans la population générale.

Des études de suivi montrent que le TDAH est un facteur de risque d'activité délinquante, de criminalité et de trouble de la personnalité antisociale. Il est surreprésenté en milieu carcéral, ce qui ajoute à son coût sociétal déjà élevé.

Expert 11	« Conséquences du TDAH » Suggestion : Les conséquences mentionnées sont incomplètes et présentées de façon peu lisible, peut-être présenter les conséquences sociales, relationnelles, personnelles, psychiatriques et addictologique ? Il manque la maltraitance. Les troubles addictifs concernent les substances, mais aussi certains comportements (addictions aux jeux vidéo, aux jeux de hasard et d'argent, au sexe, à l'alimentation notamment) Articles : - Addiction au jeu vidéo : González-Bueso V, Santamaría JJ, Fernández D, Merino L, Montero E, Ribas J. Association between Internet Gaming Disorder or Pathological Video-Game Use and Comorbid Psychopathology: A Comprehensive Review. Int J Environ Res Public Health. 03 2018;15(4). Yen JY, Liu TL, Wang PW, Chen CS, Yen CF, Ko CH. Association between Internet gaming disorder and adult attention deficit and hyperactivity disorder and their correlates: Impulsivity and hostility. Addictive Behaviors. 1 janv 2017;64:308-13. Ko CH, Yen JY, Chen CS, Chen CC, Yen CF. Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study. CNS Spectr. févr 2008;13(2):147-53. Cabelguen C, Rocher B, Leboucher J, Schreck B, Challet-Bouju G, Hardouin JB, et al. Attention deficit hyperactivity disorder and gaming disorder: Frequency and associated factors in a clinical sample of patients with Gaming Disorder. J Behav Addict. 26 oct 2021. - Addiction au jeu de hasard et d'argent : Grall-Bronnec M, Wainstein L, Augy J, Bouju G, Feuillet F, Vénisse JL, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Pathological and At-Risk Gamblers Seeking Treatment: A Hidden Disorder. 2011;17:231-40. - Addiction au sexe : Schreck B, Forcier C, Balem M, Cabelguen C, Leboucher J, Grall-Bronnec M, et al. Frequency of and Factors Associated with the Presence of a History of Probable Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a Population of Patients with Sex Addiction. Eur Addict Res. 2023;29(3):161-70. - Addiction à l'alimentation : El Ayoubi H, Barrault S, Gateau A, Cortese S, Frammery J, Mollat E, et al. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder among alcohol use disorder inpatients is associated with food addiction and binge eating, but not BMI. Appetite. 1 janv 2022;168:105665. Brunault P, Frammery J, Montaudon P, De Luca A, Hankard R, Ducluzeau PH, et al. Adulthood and childhood ADHD in patients consulting for obesity is associated with food addiction and binge eating, but not sleep apnea syndrome. Appetite. 1 mai 2019;136:25-32.
Expert 46	Parler ici des possibilités d'agression sexuelle liées à l'impulsivité

Expert 65	Sexualité : plus fréquents qu'en population générale (il faut le préciser car les TUS existent aussi chez les adolescents sans TDAH..)
Expert 85	On évoque ici un certain nombre de troubles secondaires, mais pas du tout les symptômes d'opposition et provocation secondaire voir les TOP… Alors qu'on parle des conduites, de trouble de l'usage… C'est un échantillonnage pour le moins parcellaire voir étrange des troubles secondaires.
Expert 88	1.4.4 : «… ,des troubles de l'usage de substances psychoactives. » à rajouter, plus bas « … est un facteur de risque de délinquance »

1.5 Etiologie

Comme pour l'ensemble des TND, l'étiologie du TDAH est encore en grande partie inconnue et implique l'interaction de nombreux facteurs : génétiques, épigénétiques et environnementaux (facteurs exogènes, évènements de vie négatifs, facteurs périnataux et anténataux¿).

Le TDAH se caractérise sur le plan cognitif par une altération des fonctions exécutives. Ces déficits exécutifs constitueraient l'explication centrale de la symptomatologie du TDAH.

Ces fonctions ont un rôle central de supervision du fonctionnement cognitif et affectif de l'individu et donc du comportement au sens large.

Les principales fonctions exécutives sont :

- Le contrôle de l'inhibition de la réponse motrice ou verbale : la capacité à maîtriser les comportements automatiques et les pensées.
- La planification de l'action : la capacité à planifier des actions de la vie quotidienne,
- La flexibilité cognitive : la capacité de passer d'un mode de traitement à un autre mode de traitement
- La déduction de règle : la capacité de déduire, de partir des éléments tirés de l'environnement, les règles implicites.

Expert 11	« Les principales fonctions exécutives sont » Suggestion : Ajouter la mémoire de travail.
Expert 21	Partie beaucoup trop brève à mon goût car c'est la base pour bien comprendre le trouble
Expert 65	Attention les symptômes de TDAH sont peu corrélés aux caractéristiques neuropsychologiques. C'est le postulat du modèle de Barkley qui n'est pas le plus récent. Les déficits des fonctions exécutives ne sont pas systématiques dans le TDAH.
Expert 85	Ce paragraphe (Etiologie) est insuffisant et très perfectible en l'état. Il mélange la question étiologique, qui est tout à fait légitime et toujours sur la table lorsqu'on parle d'un TND, avec les aspects de (physio/psycho)pathologie cognitive. Ce sont deux choses différentes. Par ailleurs il faut à mon sens parler des fonctions exécutives bien plus tôt, dès la définition car c'est la face cachée de l'iceberg et donc constitutif du trouble. En somme, on est passé à côté de l'explication du distingo classique entre diagnostic fonctionnel (ou phénoménologique/phénotypique) qui répond à la question qu'est ce qui ne fonctionne pas, vs. diagnostic étiologique (de cause) qui répond à la question pourquoi ça ne fonctionne pas. Le TDAH est un trouble, donc un diagnostic fonctionnel. Il peut lui être associé comme à n'importe quel TND un diagnostic étiologique, même si c'est finalement assez inconstant. Il me semble à ce titre fondamental de rappeler qu'aucun diagnostic étiologique d'affection développementale (d'origine génétique ou environnementale) n'est incompatible avec un diagnostic fonctionnel de TDAH. Par contre il me semble aussi important de rappeler que l'existence d'un diagnostic de maladie progressive (dégénérative), qui s'accompagne parfois de symptôme d'inattention et d'hyperactivité, souvent allant en s'aggravant, exclu le diagnostic de TDAH (ex : Maladie de SanFillipo débutante). La déduction de règle ne fait pas s.s. parti des fonctions exécutives, en tout cas ce n'est pas consensuel. On peut plus aisément y rattacher l'attention et la mémoire de travail. Le raisonnement composite ou complexe est clairement dépendant des fonctions exécutives mais aussi de la fonction intellectuelle (raisonnement élémentaire, abstraction…), bref pas une fonction cognitive comprise comme simple mais composite.

2 Diagnostic du TDAH

2.1 A partir de quel âge peut-on poser le diagnostic de TDAH ?

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Comme pour la majorité des TND il n'y a pas de limite d'âge inférieure établie pour poser le diagnostic de TDAH. Des symptômes évocateurs de TDAH peuvent être présents dans le cadre du développement standard de l'enfant. Avant l'âge de 5 ans, l'apparition de ces symptômes ne doit alerter que si leur intensité, leur persistance et leur retentissement, sont disproportionnés comparés à la classe d'âge de référence.

Recommandation 3

En présence de symptôme évocateur d'un TDAH, quel que soit l'âge et même chez le très jeune enfant, un accompagnement peut être bénéfique et dans certains cas limiter le retentissement de ces manifestations.

Il n y a pas d'âge limite inférieur pour évoquer le diagnostic de TDAH. Cependant, avant l'âge de 5 ans, il est recommandé d'être prudent avant de poser le diagnostic, en raison de la variabilité développementale (régulation de l'attention, contrôle de l'inhibition) des enfants. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	2	2	1	3	6	20	51	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.81	94.19

Expert	Commentaires
Expert 1	RDC PA research diagnostic criteria preschool age a validé les critères diagnostics du TDAH chez les enfants "préscolaires" sans modification (entre 4 et 18 ans) la stratégie nationale 2023-2027 POUR LES TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT : AUTISME, DYS, TDAH, TDI : Un repérage anticipé pour intervenir le plus tôt possible et abaisser l'âge du diagnostic : un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) sévère peut être diagnostiqué à partir de l'âge de 4 ans.(note de bas de page: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents | Pediatrics | American Academy of Pediatrics (aap.org) recommande que « le médecin initie une évaluation pour le TDAH à partir de 4 ans en cas de difficultés pédagogiques ou comportementales associées à des symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité, en raison de « données scientifiques de plus en plus robustes sur la capacité de diagnostiquer à partir de 4 ans ». Cf. note de cadrage de la HAS, Trouble du neurodéveloppement/TDAH : Diagnostic et prise en charge des enfants et adolescents (has-sante.fr) de décembre 2021. Les recommandations canadiennes citent également l'âge de 4 ans affirmé par les américains : Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-4.1-January-6-2021.pdf (caddra.ca), p 33) Avant 4 ans, les critères diagnostics fiables ne sont pas encore connus source intéressante qui en cite d'autres : https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcv2.12144 Delineating early developmental pathways to ADHD: Setting an international research agenda M. Miller, 2023

	Existing knowledge of early manifestations and precursors of ADHD comes from several sources including retrospective studies and chart reviews, large community-based samples not selected for ADHD risk (Arnett et al., 2013; Johnson et al., 2014; Willoughby et al., 2017), prospective studies of other conditions (e.g., autism, preterm infants) (Miller et al., 2018), and, more recently, prospective studies of infants at familial risk for ADHD (Auerbach et al., 2008; Miller et al., 2020; Reetzke et al., 2022; Sullivan et al., 2015). Combined, this work suggests that broad and non-specific phenotypic differences among infants and young children who later develop ADHD may be evident as early as the first year of life. Recent reviews (Johnson et al., 2015; Nigg et al., 2020; Shephard et al., 2022) highlight the range of early developmental features that have been associated with later ADHD, including decreased rate of head growth and cortical volume in the first year, reduced visual-motor integration, atypical achievement of motor and language milestones, and early temperamental features (e.g., increased irritability, low adaptability, increased negative affectivity). Many of these factors are non-specific, linked to other neurodevelopmental outcomes (e.g., autism; Johnson et al., 2015) and risk factors (e.g., preterm birth; Cassiano et al., 2020). With respect to core ADHD symptom dimensions in early development, the literature is mixed. Increased activity level among toddlers at familial risk for ADHD or autism who develop elevated ADHD symptoms (but not autism) by preschool has been reported in some samples (Miller et al., 2020; Reetzke et al., 2022) but this is not as clear among infants (Johnson et al., 2014). In one sample, atypical development of sustained visual attention from 3 to 24 months was found among infants at familial risk for autism who later developed ADHD (in the absence of autism) (Miller et al., 2018). Current challenges include that effect sizes for individual predictors remain, on average, relatively small or non-specific and poorly understood at a mechanistic level, and that there is a lack of research examining the dynamic interplay among predictors (Tobarra-Sanchez et al., 2022). Second, full clinical syndromes are not apparent in the infant and toddler periods; instead, investigator
Expert 4	Il est toujours possible de poser une hypothèse diagnostique en expliquant aux parents les règles de prudence qui justifient de ne pas poser un diagnostic
Expert 5	Un diagnostic peut être posé quel que soit l'âge si les symptômes sont supérieurs aux enfants du même âge et surtout si ils sont observés dans plusieurs domaines : lieu de collectivité, domicile. Une vision pluridisciplinaire (ou pluriprofessionnelle) est indispensable pour pouvoir poser le diagnostic.
Expert 6	Je pense qu'il faut être plus que prudent et réfuter le diagnostic en première intention le mot prudent me semble trop timoré
Expert 7	Il est essentiel de repérer très tôt les enfants à risque de TND, y compris de TDAH. La PCO (si les critères de repérage 0-6ans sont plus adaptés au repérage du tdah), et des projets comme le projet cocoon devraient permettre de repérer beaucoup plus tôt ces enfants.
Expert 9	A noter quand même que très souvent les professionnels refusent d'envisager la possibilité d'un TDAH chez un très jeune enfant, ce qui entraîne une errance et surtout une souffrance pour les familles.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. La dimension motrice a été mentionnée par Crichton (1798) bien qu'il n'ait pas fait le lien avec les difficultés attentionnelles. Elle a été reprise par Bourneville (1860) avec la description de l'élève agité. Elle a été reprise par Still (1902) dans ses trois Gouldstonian lectures. Elle a été reprise dans le syndrome hyperkinétique de l'enfant et de l'adolescent (Kramer & Polnow, 1932) dont la plupart des critères ont été repris dans le DSM-III et la CIM-9. Elle n'est donc pas apparue avec le DSM-III... Les fonctions exécutives concernent AUSSI le contrôle moteur... pas seulement les aspects cognitifs ou "affectifs" (le mot est mal choisi, j'aurais largement préféré "émotionnels"). Les dates exactes de publication des classifications sont 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R), 1994 (DSM-IV), 2000 (DSM-IV-TR), 2013 (DSM-5) et 2022 (DSM-5-TR). Qu'est-ce qu'un "trouble affectivo-caractériel"? Il est contre-productif d'utiliser des termes flous qui ne correspondent pas aux données. Il n'existe pas d'hypothèse neurodéveloppementale. Le DSM-5 a introduit cette famille de troubles en reprenant quasiment tous les "troubles habituellement diagnostiqués dans la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence" du DSM-IV. Cette famille correspond à des critères précis. Non, la CFTMEA ne retient pas le diagnostic de TDAH et, d'ailleurs, n'en donne aucun critère. La CFTMEA en cela est plus proche du DSM-II que du DSM-5. Serait-il possible de ne pas citer des termes absurdes? Il existe peu d'études en France (Lecendreux et al., 2010; Caci et al., 2014; Caci et al., 2023) mais beaucoup plus dans le monde y compris des méta-analyses sérieuses (Polanczynk et al., 2007; Simon et al., 2009; Song et al., 2021). La prévalence raisonnable du TDAH est de 4% entre 6 et 17 ans, et de 2,5% entre 18 et 60 ans. Il faut préciser qu'il s'agit d'une estimation et que la borne supérieure de l'intervalle de confiance à 95% s'étend au-delà. Il existe des références sur le diagnostic du TDAH avant l'âge de 6 ans (Wichstrøm et al., 2011 et d'autres plus récentes). La prévalence du TDAH avant l'âge de 6 ans peut être estimée à 2% avec un sex ratio en défaveur des enfants, comme on le constate dans la population scolaire (de 6 à 17 ans). Le retentissement du TDAH peut être codé à l'aide de la Classification Internationale du Fonctionnement de l'OMS (Üstün et al., ; Söderström et al.,).

	Il existe des publications sur les hypothèses physiopathologiques du TDAH (Killeen et al., 2013, 2015, 2016 & 2019). Pourquoi ne pas avoir cité l'hypothèse dopaminergique basée sur l'efficacité des psychostimulants? En fait, le groupe de travail n'a cité que des hypothèses psychologiques...
Expert 15	Important de débuter une prise en charge; l'évolution de la PEC et la maturité de l'enfant permettront de faire un différentiel
Expert 16	Si il faut être prudent, il faut dès ce moment explorer les facteurs pouvant expliciter tout ou partie des symptômes (p.ex. troubles du sommeil, pratiques éducatives parentales).
Expert 19	Il est toujours préférable de nommer le TDAH, de mettre en place des adaptations même en cas de doute, que de laisser la famille dans l'attente et de cacher la suspicion de diagnostic. Il ne peut pas y avoir de psychoéducation de qualité lorsque les familles sont laissées dans le noir.
Expert 20	Je trouve la formulation "il n'y a pas d'âge limite inférieure pour évoquer le diagnostic TDAH", ambiguë. Une formulation parlant des symptômes me semblerait plus correcte : "Il n'y a pas d'âge limite inférieur pour observer des symptômes évocateurs d'un TDAH". Le chapitre introductif des recommandations me semble plus claire en ce sens, page 10 : "Des symptômes évocateurs de TDAH peuvent être présents dans le cadre du développement standard de l'enfant. Avant l'âge de 5 ans, l'apparition de ces symptômes ne doivent alerter que si leur intensité, leur persistance et leur retentissement, sont disproportionnés comparés à la classe d'âge de référence".
Expert 21	Pour la partie étiologie ; elle n'est de mon point de vue pas assez développée et très lapidaire dans les recoS. Or c'est ce qui permet de comprendre le mieux les SC et aide au diagnostic différentiel. Donc à développer +++ absolument. (d'autres chapitres beaucoup moins important sont développés. Il me semble indispensable de parler dans ce chapitre étiologie de l'attention sélective soutenue, de la mémoire de travail etc....
Expert 23	https://doi.org/10.54932/qzmz2828 Confondre comportements immatures en classe et TDAH. Résultats d'analyses inédites sur les liens entre l'âge d'entrée à l'école et les diagnostics du TDAH chez les enfants québécois Catherine Haeck, P. Lefebvre 2023 https://www.cirano.qc.ca/files/publications/2023PJ-05.pdf (PDF trop volumineux)
Expert 25	Remarque concernant la partie 1.1 Définition "Il se caractérise par des symptômes d'inattention et d'impulsivité, accompagné ou non de symptômes d'hyperactivité". D'après le DSM5 et la CIM11, le TDAH se définit comme un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité-impulsivité. La définition de ce document prête à confusion laissant croire que c'est un déficit de l'attention-impulsivité avec ou sans hyperactivité.
Expert 26	Il y a une discordance dans la définition : implique un retentissement fonctionnel important ;or sont évoquées les formes légères , que nous ne voyons peut-être pas en consultation mais qui n'excluent pas le diagnostic Concernant la stabilité de la prévalence, on pourrait même dire 40 dernières années : Afrique du Sud 7% (Cartwright 1981), Allemagne 4,2% (Schmidt 1987), Canada 4,3% (Offord 1987), Chine 5,8% (Shen 1985), Israël 12% (Shalev 1985), Nouvelle Zélande 6,7% (Anderson 1990), USA 4,3% (Velez 1989), Ouganda 21% (Minde 1978), Hollande 3,8% (Achenbach 1987)
Expert 27	"il n'y a pas d'âge limite inférieur pour évoquer le dg de TDAH" : Je trouve cette formulation trop large et sujette à caution surtout lorsqu'on sait que nombre d'enfants connaissent une phase "naturelle" d'instabilité motrice avant l'âge de 5 ans. Le problème n'est pas tant d'être hyperactif avant l'âge de 5 ans que de le rester après cet âge... Si l'académie de pédiatrie américaine évoque le dg de TDAH dès l'âge de 4 ans ; bcp de spécialistes s'accordent pour dénoncer le manque de précision du profil clinique du TDAH < 5 ans, en l'absence de données longitudinales plus précises notamment sur de potentiels biomarqueurs précoces. La notion d'instabilité motrice ne suffirait pas, qq soit la gêne fonctionnelle occasionnée, compte tenu de l'importance de l'environnement éducatif avant 5 ans (niveau social, cohérence des règles éducatives entre parents, consommation d'écran, surtout niveau d'éducation des mères) sur l'expression des troubles mais aussi d'autre compétences développementales dont la qualité de développement du langage oral, l'existence d'un tempérament dit "à risque" (agressivité, haut niveau d'expression émotionnelle) ou encore de la présence de facteurs périnataux dont la prématurité. Si tout parent de jeune enfant agité et/ou instable doit pouvoir être guidé et soutenu ; je trouverai particulièrement utile qu'un sous paragraphe soit spécifiquement consacré à la question sensible mais très fréquente en pratique quotidienne de la CAT devant une suspicion de TDAh < 5 ans pour éviter les principaux diagnostiques différentiels et éviter de tomber dans le piège du surdiagnostic avec les critiques qui ne manqueront pas d'arriver.
Expert 32	Si des signes sont présentes avec intensité avant 5 ans, un accompagnement éducatif et/ou thérapeutique

	est à proposer afin d'éviter une persistance et une aggravation du trouble (plutôt que "peut être bénéfique).
Expert 34	Les données de la littérature semblent effectivement aller dans ce sens puisque les premiers symptômes n'apparaissent pas avant 4 ans et demi https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8960395/
Expert 35	Bonjour, il est possible pour les cas de TDAH sévères, d'agir avec une suspicion et accompagnement précoce avec le médecin, le psychomoteur, l'orthophoniste, les accompagnements parentaux spécifiques PEHP, dès l'âge de 3 ans de l'enfant sur les troubles du sommeil, la dysrégulation émotionnelle, le développement du langage et affectif pour limiter les troubles associés pouvant se rajouter plus tard vers 5/6 ans (troubles comorbides tels que le TOP, anxiété) et la surcharge attentionnelle affectant le développement émotionnel, comportemental et des apprentissages . Il est aussi important de parler de handicap invisible et de bien informer sur le fait qu' un enfant TDAH avec un bon potentiel cognitif par exemple peut beaucoup compenser et cacher son trouble à l'école et pourtant avec un TDAH important au niveau de ses symptômes, très visibles dans le quotidien familial, voire handicapant. Par expérience clinique depuis 18 ans avec des patients avec TDAH.
Expert 46	Symptôme évocateur doit être au pluriel Surtout chez les très jeune enfant à la place de même Peut probablement être bénéfique Être prudent n'est pas une bonne tournure Il ne s'agit pas de prudence Faire preuve de jugement clinique adapté en fonction de l'expression des symptômes et de l'âge développemental Il est nécessaire de prendre en compte l'âge développement de l'enfant
Expert 49	Il faut qu' une possibilité d' accompagnement par des professionnels de santé soit laissée même si le diagnostic n' est pas posé (ou avant qu' il soit posé) exemple : pour de la guidance parentale, pour de la rééducation sensori motrice, sensorielle, etc...
Expert 60	Si le diagnostic peut être évoqué avant l'âge de 6 ans (c'est à dire avant le CP et le début d'une activité scolaire y compris à la maison avec des critères de diagnostic faisant référence à cette activité), le diagnostic ne peut être posé avec certitude qu'à partir de cet âge. Avant 6 ans devant une suspicion de TDAH il existe des prises en charge pertinentes (mesures éducatives, psychomotricité, adaptations scolaires). Il faut aussi rechercher un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) associé pouvant nettement aggraver les problèmes de comportement et l'adaptation sociale.
Expert 63	1.1. Définition revoir la ponctuation des énumérations 1.2. Historique - enlever l'accent aigu sur "afféctivo" - remplacer la virgule par un point après (...1980) 1.3. Classifications revoir la ponctuation des énumérations 1.4.3. Retentissement du TDAH remplacer la virgule par un point après "professionnel" à la fin de la 1ère phrase 1.5. Etiologie revoir la ponctuation des énumérations 2.1. A partir de quel âge... - supprimer une virgule après "retentissement" dans le second paragraphe - dans l'encadré, rajouter deux "s" à "symptômes évocateurs"
Expert 64	pas de remarques
Expert 65	Le paragraphe 1.5 est à revoir, l'altération des fonctions exécutives n'est pas systématique ni centrale cf. 'dual pathway hypothesis', plus récemment complétée des anomalies du traitement de l'information temporelle et d'autres caractéristiques neuropsychologiques. Coghill, D. R., Seth, S., & Matthews, K. (2014). A comprehensive assessment of memory, delay aversion, timing, inhibition, decision making and variability in attention deficit hyperactivity disorder: advancing beyond the three-pathway models. Psychological medicine, 44(9), 1989-2001 Je formulerais symptômes au pluriel car même chez le jeune enfant il y a rarement un seul symptôme. Le terme "accompagnement" est vraiment imprécis ; de quelles actions et contenus est-il question ? s'agit-il de programmes de développement des stratégies parentales ? de modifications de l'environnement et si oui lesquelles ? Quels sont les professionnels en charge de ces actions ? on ne voit pas comment un spécialiste "accompagnerait" l'évolution d'un jeune enfant suspecté de TDAH ? Est-ce le rôle de la PMI, du MG ? du pédiatre ? de la PCO ?
Expert 69	Chaque spécialiste d'un trouble fait la même erreur et ne perçoit les problèmes que par le prisme de son trouble. Les difficultés de gestion des émotions, de planification dans le temps, d'organisation, d'anticipation

	et d'abstraction sont le privilège du TDC Trouble Déficitaire de la Coordination (ex Dyspraxie). La flexibilité cognitive ainsi que la planification de l'action et l'angoisse sont aussi ses privilèges.
Expert 72	En 1.1., la définition des DALY est imprécise et peut porter à confusion. Il ne s'agit pas du nombre d'années perdues (suggérant un décès prématuré), mais du "nombre perdu d'années en bonne santé", ce qui est différent. En 1.2, il est marqué qu'il existe un consensus sur l'hypothèse neurodéveloppementale. Ce point est contesté dans la littérature internationale. Chez l'adolescent et le jeune adulte, notamment, on ne retrouve pas d'élément en faveur d'un TND chez un certain nombre de patients (https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.14101266). En 1.4.2., l'affirmation selon laquelle le TDAH est deux fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles parait imprécises. Les données évoquent plutôt 2 à 9 fois plus TDAH chez les garçons: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0193953X10000213?via%3Dihub
Expert 74	Recommandation essentielle et bien formulée du point de vue de la vigilance/précautions qui doivent accompagner un diagnostic précoce. Est évoquée en effet la variabilité développementale, d'autant plus marquée que l'enfant est jeune (variabilité inter et intra-individuelle sur le plan neurodéveloppemental). Cette variabilité pourrait être enrichie/plus précise dans la parenthèse proposée dans cette recommandation car elle ne concerne pas que la régulation de l'attention et le contrôle inhibiteur, mais prévaut pour l'ensemble des fonctions exécutives et de l'attention. L'argumentaire scientifique manque d'ailleurs de consistance de ce point de vue car l'immense majorité des contributions scientifiques dans le domaine du contrôle exécutif chez l'enfant d'âge préscolaire montre que prédominent les modèles unitaires, autrement dit qu'il n'existe pas différentes fonctions exécutives avant 5-6 ans, leur différenciation intervenant progressivement après cet âge (voir, par ex, Lee et al., 2013, cf document de synthèse). Il serait donc plus juste de ne pas mettre l'accent sur certains aspects du contrôle attentionnel/exécutif ici mais de généraliser les choses.
Expert 76	Le diagnostic précoce est une nécessité dans le cadre du TDAH. Si des symptômes évocateurs surviennent avant l'âge de 5 ans, une vigilance particulière est impérative sur l'ensemble du fonctionnement cognitif et des apprentissages. Les contextes de retard de langage oral ou de trouble de l'acquisition de la coordination impactent aussi directement la disponibilité attentionnelle et le fonctionnement exécutif. Les symptômes les plus rapportés par les parents ne se limitent souvent qu'à l'attention. Un bilan développemental du fonctionnement cognitif et psychoaffectif (tel un examen neuropsychologique expert) constitue un appui solide dans le choix de "l'accompagnement" cité en première ligne du paragraphe et un suivi plus éclairé dans la caractérisation du TND. Dans le cas d'un repérage avant 5 ans, insister également sur la notion de suivi rapproché durant la période du primaire par le médecin spécialiste, ou outiller le médecin traitant.
Expert 79	D'accord avec la prudence de poser une "étiquette" même si la notion développementale reste associée impliquant la prise en compte de trajectoire pouvant influer les manifestations. Absolument convaincue que dès l'observation de "signes évocateurs" la mise en place d'accompagnements spécifiques est bénéfique
Expert 80	On ne peut poser un diagnostic avant 3 ans, c'est vraiment trop petit, il est déjà exceptionnel qu'on le fasse avant 5 ans
Expert 81	Je pense qu'il est préférable pour les enfants de 3-4 ans de parler de risque d'évolution vers un TDAH plutôt que de poser un diagnostic même prudemment de TDAH. La poursuite des investigations et un suivi spécialisé sont à démarrer en revanche d'emblée.
Expert 84	La notion de variabilité développementale n'est pas claire dans cet énoncé et devrait être précisée
Expert 85	Je préciserais : « et de la plus grande difficulté du diagnostic différentiel avec d'autres troubles à cet âge. »
Expert 89	Grande prudence avant l'âge de 5 ans car les conditions d'éducation, sociales, environnementales retentissent énormément ces premières années de vie (absence de cadre éducatif)
Expert 90	Pourquoi ce choix d'utiliser le terme de symptome plutôt que signe ?

2.2 Quels professionnels peuvent poser le diagnostic de TDAH chez l'enfant ?

Tout médecin formé au TDAH et donc ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH, peut poser le diagnostic.

Recommandation 4

Il est recommandé que le diagnostic soit posé par un médecin, ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en

charge du TDAH ainsi qu'une connaissance du développement normal et pathologique de l'enfant et l'adolescent tant sur le plan neurologique, psychomoteur, affectif que psychologique et cognitif.

Cette compétence peut être un diplôme universitaire, une formation post-universitaire ou une formation pratique et théorique acquise auprès d'un praticien ou d'une équipe spécialisée. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	2	5	3	10	12	53	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.49	96.51

Expert	Commentaires
Expert 1	Il serait intéressant bien que complexe de préciser (durée? conditions?) de la "formation pratique théorique acquise" pour tous les médecins Et que cette formation s'appuie sur des données EBM Je salue bien sur l'inclusion des médecins généralistes formés dans ces recommandations! viendra ensuite le temps de valider la primoprescription de méthylphénidate pour ces mêmes médecins formés en changeant l'AMM à l'ANSM..
Expert 3	Peut-être préciser comment sera validée "formation pratique et théorique acquise auprès d'un praticien ou d'une équipe spécialisée"
Expert 5	Il faudrait peut-être ajouter la possibilité qu'un médecin de première ligne peut poser le diagnostic avec l'appui d'un médecin spécialisé dans le TDAH : par exemple lors des parcours PCO, la synthèse diagnostique est réalisée par le médecin traitant, avec l'appui du médecin de coordination de la PCO (qui ne voit pas l'enfant): avec l'arrivée de la PCO 7-12 ans, les diagnostics de TDAH seront plus fréquents, mais à poser par le médecin traitant. Si la notion de médecin spécialisé est indispensable, la possibilité d'avis diagnostique peut être évoquée.
Expert 7	Vu la prévalence du TDAH et le manque de médecins spécialisés, un diagnostic de TDAH devrait pouvoir être posé par un plus large panel de médecins, notamment les médecins généralistes qui peuvent déjà aider à la mise en place des recommandations initiales, en attendant une prise en soin plus spécialisée. Il me parait important que la formation arrive plus tôt dans le cursus et soit plus largement dispensée.
Expert 9	Totalement en accord, d'autant plus que nous manquons cruellement de médecins formés au TDAH ce qui entraîne des délais très longs d'accès au diagnostic et aux soins.
Expert 11	Inciter à une évaluation pluri-professionnelle et au recours à une intervision si nécessaire
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Que signifie qu'être "formé au TDAH"? Est-ce que l'obtention d'un simple DU serait considérée comme suffisante ? Je ne le pense pas. Une expérience clinique devrait être requise, comme l'appartenance à un réseau de professionnels. La formation aux comorbidités doit être un point requis. On voit trop souvent des neurologues, par exemple, ignorer des comorbidités ou adresser les patients sans motif réel vers des psychologues.

Expert 14	Un label ou une certification valable devrais être donné aux médecins formés ! Trop de dérives actuellement ! Liste à jour des médecins formés.
Expert 16	Il semble indispensable que les formations soient davantage contrôlées (voir infra) pour que les professionnels soient effectivement formés en ce sens. Il est donc ici question d'une double compétence : TDAH et enfant/ado. Ce pourrait être plus clair.
Expert 21	Très important plus que les spécialités. Faut-il définir le minimum requis et quel type de formation avec du matériel (diapo) commun. Il me semble aussi indispensable de proposer une formation conséquente sur le développement normal de l'attention. C'est quoi l'attention? comment ça se développe ? en fonction de l'âge ....
Expert 22	Ajouter la sphère sensori-motrice.
Expert 23	Oui, il s'agit d'un diagnostic médical. Peut être est il possible d'envisager que le médecin traitant puisse poser l'hypothèse et demander une supervision ou un avis d'un confrère expert afin de poser le diagnostic sans trop tarder.
Expert 24	On pourrait rajouter une "connaissance des troubles psychiatriques comorbides ou entrant dans un diagnostic différentiel"
Expert 26	Cette recommandation contredit la précédente concernant la validation de la formation
Expert 29	Dans ce diagnostic, les observations de l'enfant dans la collectivité scolaire sont importantes
Expert 32	"une formation pratique et théorique acquise auprès d'un praticien ou d'une équipe spécialisée" : c'est un peu flou, il faut préciser comment ce sera validé par exemple pour les internes en formation initiale ou des médecins en formation continue
Expert 35	Le diplôme universitaire DU de TDAH ne doit pas être une obligation car de nombreuses formations en présentiel ou en visuo, sont données par des professionnels très formés : psychiatres, pédiatres, neuropsychologues, psychologues du neuro-développement , exemple MOOC au Canada et peuvent permettre d'établir un diagnostic, et un accompagnement de la famille et de l'enfant ou adolescent pour coordonner les différentes prises en charge.
Expert 36	La deuxième phrase est maladroite et l'utilisation du "ou" est ambivalente. La formation doit être continue. S'il s'agit de distinguer la formation théorique de la formation par la pratique professionnelle, la validation universitaire diplômante ne suffit pas.
Expert 41	Le diagnostic sera évoqué par le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) , car c'est lui qui sera consulté en première intention à la demande des parents, de l'enfant, ou des enseignants. Il serait utile que tous les médecins de premiers recours soient formés à l'évocation du diagnostic et puissent bénéficier d'un annuaire de médecins de niveau 2. La prise en charge de l'enfant devrait ensuite être faite de façon coordonnée entre le médecin traitant de l'enfant et le médecin de niveau 2 avec comptes rendus des différentes consultations (adressés via les messageries sécurisées interprofessionnelles type MSSANTE). Par ailleurs, il serait utile de préciser le retard de diagnostic et de prise en charge chez les filles TDAH (cf doc en lien)
Expert 46	À voir si le terme très ennuyeux de prise en charge ne peut pas être remplacé par accompagnement thérapeutique par exemple du développement normal et pathologique de l'enfant et l'adolescent ... et/ ou ? il y a des spécialistes de l'enfant et de l'adolescent Cette compétence peut être un diplôme universitaire, une formation post-universitaire ou une formation pratique et théorique acquise auprès d'un praticien ou d'une équipe spécialisée Il faut en définir les contours car cela est peu précis
Expert 49	Le diagnostic doit impérativement être posé par un médecin
Expert 54	Compte tenu de la pénurie de médecins ayant les compétences requises pour poser le diagnostic, et étant donné les conséquences graves sur la scolarité et la vie de l'enfant qu'entraîne le retard diagnostic ; Compte tenu du fait que les médecins nouvellement formés s'appuient principalement sur les comptes-rendus des professionnels réalisant les bilans et notamment les psychologues, Je suggère que le diagnostic de TDAH puisse être posé par les psychologues spécialisés avec un haut niveau de formation dans le domaine du TDAH ou des TND (Diplôme universitaire, Doctorat etc.). Sinon, je suis d'accord avec le texte et la nécessité que les médecins soient bien formés.
Expert 58	Cette partie de phrase "une formation pratique et théorique acquise auprès d'un praticien" n'ai pas un gage de la qualité de la formation reçue. Cette recommandation me parait beaucoup moins précise et en contradiction avec la fin du préambule "Le Groupe de Travail suggère que cette formation soit validée par les Collèges universitaires, membres de la CNCEM (Coordination Nationale des Collèges Enseignants en Médecine)."
Expert 60	Une des mesures nécessaires à une meilleure prise en charge du TDAH est la formation de spécialistes en nombre suffisant.

	Il parait logique qu'en premier lieu les neurologues, les pédiatres et les psychiatres soient formés à cette pathologie et en assurent la prise en charge. Certains spécialistes en médecine générale pourraient se former avec un DIU à la prise en charge de ce trouble et on peut penser en particulier aux médecins scolaires ou à des médecins de la PMI. La compétence de la prise en charge du TDAH ne peut s'acquérir sur une formation courte. Cette formation doit être validée par un diplôme ne serait-ce qu'à cause des problèmes de prescription du traitement médicamenteux nécessitant d'identifier la compétence acquise.
Expert 62	Je pense qu'il faut en effet élargir la capacité de diagnostique mais cela ne risque pas d'ouvrir la porte a des gens qui ont juste fait un DU et qui par ce biais diagnostiquent a tord ou pas ? Une formation pratique auprès d'une équipe spécialisé ne devait pas être un "ou" mais un "et" donc complémentaire de la formation théorique. De plus un diagnostic pluridisciplinaire a l'aide de divers bilan semble obligatoire dans les critères.
Expert 63	2.2. Supprimer la virgule après TDAH dans la 1ère phrase
Expert 65	Cette formulation est valable actuellement "Cette compétence peut être un diplôme universitaire, une formation post-universitaire ou une formation pratique et théorique acquise auprès d'un praticien ou d'une équipe spécialisée" mais elle suppose que la formation universitaire des spécialistes est insuffisante ce qu'on ne peut pas laisser en l'état. Il faut au moins dire que tout sera mis en œuvre pour que le TDAH puisse être diagnostiqué et traité convenablement par tout pédiatre, psychiatre et addictologue et au moins repéré et géré pour les actions pas trop complexes par un généraliste (par exemple réponse aux questions des familles au cours du suivi, mise en place de PAP, rédaction d'un CERFA, surveillance du traitement). Un généraliste avec une formation spécifique pourrait avoir des compétences diagnostiques et de coordination des suivis de personnes avec TDAH léger.
Expert 67	Je suis d'accord avec cette proposition mais cela est contradictoire avec la recommandation 2, dans laquelle il est indiqué que la formation doit être certifiée par la CNCEM. Or une formation pratique acquise auprès d'un praticien ou équipe spécialisée ne pourra pas l'être ?
Expert 69	Par contre, "accord d'experts" tout le long du document des recommandations est énervant. Il aurait été plus judicieux de le mettre au début et stop.
Expert 72	Ne pas oublier le rôle important que pourront jouer à terme les Infirmier(e)s de Pratiques Avancées, dans le diagnostic (et la prise en charge). Si les membres de la RCP estiment malgré tout que ce sont les médecins qui doivent poser le diagnostic, ils devraient mentionner le(s) rôle(s) que devraient avoir selon eux les IPA
Expert 73	Je pense qu'il faut bien cadrer les conditions pour considérer un médecin comme bien foré au diagnostic de TDA/H pas toujours si évident en particulier pour les formes inattentives prédominantes (concrètement une formation post universitaire en-dehors d'un DU pourquoi pas mais bien validée.., une FMC de trois jours me paraît insuffisante).
Expert 74	On ne peut être que d'accord avec cette préconisation. La question qui se pose en revanche est de savoir ce qu'on n'entend par une formation post-universitaire ou une formation pratique et théorique auprès d'un praticien dont les attributions ne sont pas définies, ce qui expliquer un accord indécis quant à cette préconisation. Le référentiel proposé est très évasif et risque de trouver un écho à travers la multitude de formations dites "certifiantes" proposées dans le cadre d'initiatives privées qui ne bénéficient d'aucune garantie scientifique, clinique et déontologique. Il apparaît indispensable de limiter l'offre de formation à des institutions/organismes qui garantissent une approche pluridisciplinaire avec des professionnels présentant un diplôme d'Etat (psychologue, médecin, etc.). Les formations universitaires, de par la valence scientifique qu'elles apportent, devraient être priorisées, de même que celles portées par les centres de référence des troubles d'apprentissages, les centres ressources autisme et les niveaux 2, les centres d'excellence, qui ne sont étonnamment pas cités ici. Compte tenu des enjeux liés au fait de confier ce diagnostic à un médecin spécialisé dans ce domaine, il apparaît essentiel d'imposer une liste de formations impliquant un haut niveau d'exigence scientifique et dans l'idéal universitaire. Un stage de supervision obligatoire de plusieurs dizaines d'heures apparaît également essentiel et devrait être imposé pour garantir un minimum de formation pratique, ainsi que la possibilité de participer à des staffs cliniques et pluridisciplinaire avec des équipes de niveau 2 et 3.
Expert 79	La participation à différents modules sur le sujet est positive tout comme le recueil d'observations cliniques dans différents milieux de vie et auprès d'autres professionnels de santé. Importance aussi de formation pratico pratiques auprès d'autres professionnels de santé accueillant des jeunes avec TDAH J'ajouterai aussi un module dédié dès la formation initiale
Expert 85	Il est plus que nécessaire, dans la perspective défendue par la Stratégie, les autres reco HAS et une grande majorité des professionnels, de rajouter « en particulier une connaissance minimum de l'ensemble des autres TND ». C'est un point très important qui ne ressort pas assez de l'ensemble des recommandations, majeur pour que cette recommandation soit pertinente.
Expert 86	Je préciserais : Dans l'état actuel du programme de formation des études de médecine, cette formation n'apparait

	pas encore suffisamment parmi les items d'enseignements obligatoires. Par conséquent, jusqu'à ce que ces items soient inscrit au sein de la formation des futurs médecins, cette compétence peut être un diplôme universitaire, une formation post-universitaire ou une formation pratique et théorique acquise auprès d'un praticien ou d'une équipe spécialisée. La formulation proposée devrait inclure cette possibilité dans l'avenir.
Expert 89	cf ma remarque ci-dessus, la formation continue post universitaire a permis de former des pédiatres compétents
Expert 90	La formulation laisse entendre que la formation initiale type DES n'est pas suffisante pour acquérir cette compétence : est-ce l'objectif réel de cette phrase ?

2.3 Quels sont les critères diagnostiques du TDAH ?

Recommandation 5

Il est recommandé de poser le diagnostic conformément aux critères diagnostiques cliniques définis dans la CIM 11 ou le DSM 5 TR (similaire à la CIM 11 sur ce point). (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	1	6	4	72	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.19	98.81

Expert	Commentaires
Expert 1	Ce n'est pas qu'un "accord d'experts" Il me semble indispensable pour la facilité de lecture du document et en raison de l'importance de cette information de citer ici dans le texte les critères diagnostics Et détailler les symptômes ici plutôt qu'en annexe
Expert 7	Je ne pense pas que la Classification CFTMEA doive figurer dans les recommandations nationales. Elle ne respecte pas les fondements de la classification du TDAH dans les troubles du neurodéveloppement. Par ailleurs, sur un plan étiologique je ne mettrai pas les événements de vie négatifs. Ils ont plus leur place dans les mécanismes, que dans les facteurs causaux. Dans les fonctions exécutives, la mémoire de travail et la gestion des émotions ne sont pas répertoriées. Elles sont très impliquées dans le tdah.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Il convient d'être extrêmement ferme sur les critères à retenir pour le diagnostic. Il est bien connu que l'application incomplète des critères du DSM-IV conduit à une surestimation de la prévalence, par exemple en ne prenant pas en compte le critère de retentissement (Polanczyk et al. 2010; Willcutt, 2012). Par ailleurs, il existe quelques subtilités entre la CIM-11 (11 critères d'inattention et 11 critères d'hyperactivité-impulsivité) et le DSM-5 (9 critères d'inattention et 9 critères d'hyperactivité-impulsivité).

	Le DSM-5 requiert au moins 6 symptômes, alors que la CIM-11 requiert un nombre suffisant de symptômes...
Expert 21	Évidemment.
Expert 31	Je me questionne sur l'intérêt de présenter la CFTMEA au même plan que la CIM et le DSM comme principale classification actuelle du TDAH. L'European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) à nominalement désignée la CFTMEA dans ses recommandations sur le TSA (ESCAP 2020) comme classification erronée (Ref 11). Je ne pense pas que les recommandations HAS soient le lieu pour présenter une classification nationale (quelle serait la réception internationale d'une classification française du cancer du sein ?) fortement controversée sans aucun fondement scientifique.
Expert 35	Il est important d'avoir une vigilance lors du diagnostic sur les enfants et adolescents avec HPI ou bon niveau cognitif, qui peuvent cacher un TDAH et tenter de le compenser, mais en surcharge scolaire, peuvent avoir une décompensation en famille, avec une dysrégulation émotionnelle et de l'anxiété voire, une dépression ou conduites d'opposition, provocation ou à risque ou addiction. Dans ces cas précis, le diagnostic initial et précoce est plus complexe et difficile et le diagnostic alors tardif entraîne des retentissements psychologiques, psychiatriques , scolaires, sociaux graves et très long et coûteux à la société et CPAM.
Expert 39	Ajouter la prise en considération de la dysrégulation émotionnelle dans les critères cliniques du DAH, qui n'apparaît dans les critères DSM 5. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700614000359?via%3Dihub
Expert 46	Oui car ce sont les critères internationaux admis par tous
Expert 49	Attention parfois les symptômes ne sont présents que dans un seul environnement (la maison) car l'enfant "se contient" ou répond aux règles sociales à l'école. Attention également au cas particulier de la fille, très largement sous diagnostiquée du fait de symptômes pas toujours en nombre suffisant
Expert 64	Indispensable
Expert 67	Ajouter que les critères sont en annexe 2
Expert 71	Pourquoi avoir cité la CFTMEA dans les classifications utilisées alors qu'elle n'est pas reprise dans les recommandations ? Par ailleurs ses options théoriques de constructions diffèrent significativement de celles des classifications retenues ici
Expert 74	Annexe 2 La définition du syndrome est plus restrictive que dans le DSM 5 ; difficile à suivre car le paragraphe précédent faisait déjà référence au DSM5. Il doit y avoir confusion entre les critères de la CIM 11 et le DSM 5 ?
Expert 77	Le diagnostic ne repose pas seulement sur les critères positifs, qui doivent s'intégrer avec l'examen d'autres axes de développement et de la dynamique de l'environnement. C'est ce que précisent les auteurs du DSM lorsqu'ils disent que l'approche syndromique est insuffisante et doit être complétée par des approches complémentaires renvoyant à d'autres manuels. Cela pourrait être un peu plus clair.. mais se retrouve dans la suite.
Expert 80	DSM 5 TR
Expert 86	Ces outils d'évaluation ne sont pas suffisamment discriminants : Les items sont très peu spécifiques au TDAH et les réponses dépendent de la subjectivité du cotateur. Un diagnostic uniquement basé sur les items cliniques comportementaux (ex: gesticule, parle trop, facilement distrait, etc) entraine de très fréquentes erreurs diagnostiques qui, en cascade faussent complétement les données épidémiologiques. Par la suite, un diagnostic de TDAH abusif peut entrainer une perte de chance préjudiciable en terme de prise en charge pour l'enfant voire condamnable en cas de prescription médicamenteuse injustifiée. Ces outils permettent tout au plus un "diagnostic de présomption" qui impose de poser, le cas échéant, un "diagnostic de certitude". Il existe pour cela des tests objectifs normés réalisés par les psychologues spécialisés en neuropsychologie. Ces batteries de tests parfaitement connus et validés permettent d'évaluer les fonctions d'attention soutenue, sélective et divisée et les fonctions exécutives (planification, sensibilité à l'interférence et flexibilité mentale). La réalisation de ces tests attentionnels spécifiques doit être précédée par la réalisation d'un WISC-V permettant d'apprécier, notamment, l'efficience intellectuelle du sujet au travers de plusieurs indices (IRV, IVS, IRF, IMT, IVT). Le forfait d'intervention précoce (FIP) des PCO 0-6 et 7-12 a pour vocation de permettre la réalisation de ces bilans sans lesquels aucun diagnostic fiable de TDAH ne peut être établi. Pour les troubles du langage des fonctions verbales il est parfaitement admis de réaliser des tests objectifs et normés des fonctions verbales auprès d'un(e) orthophoniste. Il en est de même pour les fonctions non verbales (raisonnement, attention, mémoire, fonctions visuo-spatiales, etc). Il n'y a pas de rationnel à s'aligner sur les recommandations américaines qui souscrivent à d'autres logiques.

2.4 Comment conduire l'évaluation diagnostique ?

Chez un enfant adressé pour suspicion de TDAH, la démarche diagnostique comprend quatre étapes indissociables, préalables au diagnostic de TDAH :

- Procéder à un entretien clinique avec les parents et l'enfant ainsi qu à un examen clinique de l'enfant
- Eliminer un diagnostic différentiel
- S assurer que les signes observés sont conformes aux critères diagnostiques (en se référant aux classifications et en étant attentif au retentissement fonctionnel
- Identifier d'éventuels troubles associés (comorbidités)

Le diagnostic de TDAH est clinique, il n'existe pas en l'état des connaissances actuelles, d'examen complémentaire ou de biomarqueur permettant de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de TDAH.

Expert 11	« Comment conduire l'évaluation diagnostique ? » Suggestion : Les outils psychométriques permettent de compléter l'évaluation clinique.
Expert 21	Identifier d'éventuels troubles associés (comorbidités) : pas éventuels car c'est plutôt la règle
Expert 46	Préciser ce que l'on entend par examen clinique , somatique ou psychiatrique Considérer les diagnostics différentiels possibles
Expert 85	« - Interroger l'existence de facteurs étiologique ou facteurs de risques » Ce point est essentiel, comme pour tout TND, et ce n'est pas la même chose que le diagnostic différentiel ou le diagnostic de troubles associés.

2.4.1 Entretien clinique avec les parents et l'enfant

2.4.1.1 Objectifs de l'entretien

Recommandation 6

Il est recommandé de conduire un entretien avec l'enfant et son entourage familial et éducatif, afin de :

- Évaluer le développement de l'enfant dans toutes ses dimensions (neurologique, psychomoteur, affectif, psychologique et cognitif)
- Évaluer les difficultés de fonctionnement de l'enfant et leur retentissement (interaction sociale, autonomie, apprentissage, vie quotidienne), leur sévérité, dans les différents domaines de vie (familial, scolaire, loisirs)
- Explorer différents domaines cliniques (somatique et psychiatrique) (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	2	0	6	7	68	1

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.35	97.65

Expert	Commentaires
Expert 1	Puisqu'on détaille d'évaluer les difficultés il serait approprié de détailler : -d'évaluer les points forts de fonctionnement de l'enfant (source par exemple recommandations australiennes de 2022) . (dans le but d'entrainer un regard également positif de l'entourage mais aussi dans le but d'identifier les points sur lesquels la prise en charge peut s'appuyer) Par ailleurs il serait approprié de lister comme recommandation (source adhd fédération) : Le TDAH ne peut être diagnostiqué que par un clinicien formé qui interroge le parent ou le tuteur et/ou le patient pour rechercher les critères du trouble (American Psychiatric Association, 2013; Chinese Society of Psychiatry, 2001; Faraone et al., 2015; Feldman et Reiff, 2014; Pearl et al., 2001; Stein, 2008; Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Il ne peut pas être diagnostiqué par des échelles d'évaluation seules, des tests neuropsychologiques ou des méthodes d'imagerie cérébrale. Autre source : 14Kemper¿AR, Maslow¿GR, Hill¿S, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Treatment in Children and Adolescents. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018 Google Scholar
Expert 11	"Explorer différents domaines cliniques" semble flou : dans quel but ?
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Quels outils doivent être utilisés ? Par exemple, le CADDRA propose un listing systématique (signé Margaret Weiss) mais Thomas Brown le proposait déjà avant dans ses Brown ADD Scales. Pour des raisons évidentes, des outils systématiques doivent être utilisés pour pouvoir constituer des bases de données utilisables dans des études épidémiologiques, par exemple. Le groupe de travail pourrait recommander cet objectif à moyen terme, notamment parce qu'il avait été proposé par la CNAM dans son rapport de 2019 (13,9 Mo)...
Expert 14	Préciser que les bilans et évaluations soit réaliser uniquement sur les problèmes rencontrés afin d'éviter des bilans inutiles.
Expert 15	L'évaluation du développement psychomoteur et affectif se fait par le bilan psychomoteur complet L'entretien clinique par le médecin (anamnèse) doit explorer les différents domaines neurologique, physiologique, psychomoteur, affectif, cognitif... afin d'orienter les bilans complémentaires
Expert 16	L'objectif de l'entretien doit aborder la question des pratiques éducatives parentales et la question du tempérament (en lien avec l'émergence de l'opposition-provocation ou des colères explosives).
Expert 23	Mettre en avant les méta analyses plus que les accords d'expert. Normalement il y a un diagnostic différentiel entre le TDAH et une pathologie psychiatrique. Par contre, il y a un fossé lorsque les contextes socioéconomiques sont différents. Il faut peut-être mettre l'accent sur la prévention des risques futurs (dépendance, abus, dépassement des limites, suicide, etc..) que directement dans le diagnostic. D'autant plus que nous sommes chez l'enfant et non l'adulte. D'où l'importance des aménagements et de la prise en soin précoce pour éviter les déviances une fois adulte. Dans évaluer le développement de l'enfant dans toutes ses dimensions : rajouter sensorimoteur (car il y a aussi un impact de la sensorialité dans le TDAH, on retrouve des difficultés de proprioception, une problématique de fixation du regard etc...) Miller, L. J., Nielsen, D. M. et Schoen, S.A. (2012). «Attention deficit hyperactivity disorder and sensory modulation disorder: A comparison of behavior and physiology», Research in Developmental Disabilities, vol. 33, p. 804-818. Pfeiffer, B., Brusilovskiy, E., Bauer, J., Salzer, M., (2014) Assessing Sensory Processing Problems in Children With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder file:///C:/Users/dessa/Downloads/Adhdandsensoryissues.pdf
Expert 28	Recommandation australienne : Évaluer également l'histoire et le fonctionnement familial pour ensuite se concentrer sur l'enfant. Cette recommandation est drôlement présente, comme si l'enfant était l'élément central des difficultés.

	#663 Société canadienne de pédiatrie 2018
Expert 35	Il semble important de rajouter une exploration du développent LANGAGIER (car beaucoup d'enfant et adolescents arrivent chez l'orthophoniste en premier (car soin remboursé et souvent trouble des apprentissages associés) et aussi dès l'âge de 3 ans ou avant , la première plainte se situe au niveau du SOMMEIL, il semble donc essentiel d'explorer le développement de l'enfants dans les dimensions (neurologique et sommeil, langagier, psychomoteur, affectif, psychologique et cognitif) de plus, explorer au niveau biologique, une analyse sanguine pour des souci de fer ou de baisse d'immunité globale et donc de fatigabilité. En effet, Il existe chez les enfants et adolescents TDAH un déficit de fer repéré par des études chinoises, et pouvant entraîner une baisse d'immunité, et accentuant la fatigabilité et augmentant la dysrégulation émotionnelle. ARTICLES SUIVANTS Wang, Y., L. Huang, L. Zhang, Y. Qu and D. Mu (2017). « Iron Status in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : A Systematic Review and Meta-Analysis. » PLoS One 12(1) : e0169145. [2] Konofal, E., M. Lecendreux, J. Deron, M. Marchand, S. Cortese, M. Zaim, M. C. Mouren and I. Arnulf (2008). « Effects of iron supplementation on attention deficit hyperactivity disorder in children. » Pediatr Neurol 38(1) : 20-26. [3] Sever, Y., A. Ashkenazi, S. Tyano and A. Weizman (1997). « Iron treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder. A preliminary report. » Neuropsychobiology 35(4) : 178-180. [4] Brain iron levels in attention-deficit/hyperactivity disorder : A pilot MRICortese S, Azoulay R, Castellanos FX, Chalard F, Lecendreux M, Chechin D, Delorme R, Sebag G, Sbarbati A, Mouren MC, Bernardina BD, Konofal E. World J Biol Psychiatry. 2011 May 17. [Epub ahead of print
Expert 44	Dimensions (neurologique, psychomotrice, affective, psychologique et cognitive) apprentissages
Expert 45	Recherche de psycho traumatisme, harcèlement, abus sexuel notamment
Expert 46	Son entourage familial et éducatif ... voire à la place de et éducatif car cela n'est pas possible la plupart du temps (enseignants) sauf par le biais de questionnaires toutes ses dimensions.. (neurologique, psychomoteur, affectif, psychologique et cognitif. somatique et pubertaire Différents domaines de vie (familial, scolaire, loisirs) interactions sociales Explorer différents domaines cliniques (somatique et psychiatrique). pas très clair et un peu redondant avec la première affirmation
Expert 60	L'évaluation des difficultés scolaires avec des éléments objectifs parait essentiel (questionnaire, bulletin , Geva-Sco).
Expert 63	2.4.revoir la ponctuation des énumérations 2.4.1.1 revoir la ponctuation des énumérations dans l'encadré
Expert 65	On ne peut pas conduire un entretien avec l'entourage éducatif ce d'autant que le contact direct avec les enseignants est difficile, pose des problèmes de confidentialité et peut être refusé par la famille - je propose le terme de recueil d'informations concernant le comportement et les performances de l'enfant ou de l'adolescent en milieu scolaire. Il est possible de s'aider de questionnaires, de consulter les cahiers/évaluations et le cahier de correspondance/bulletins. La distinction somatique/psychiatrique (datée) est plutôt remplacée par "psychiatrique et non-psychiatrique".
Expert 72	Même si cela est écrit plus loin, il serait peut-être utile de préciser en 2.4 que le bilan neuropsychologique n'a pas d'utilité diagnostique, mais qu'il peut avoir un intérêt pour évaluer le retentissement et certaines comorbidités.
Expert 74	La recommandation est légitime et cohérente avec la démarche de diagnostic. Il est cependant essentiel de ne pas se fier exclusivement au témoignage des parents s'agissant de l'existence et du retentissement des difficultés dans le contexte scolaire, qui doit nécessairement être interrogé auprès des personnes concernées. Il est peu probable que le médecin puisse disposer du temps nécessaire pour "mener l'enquête", ce qui peut justifier ici le recours aux questionnaires enseignants ou l'appui sur des supports transmis (courriers, avis pluridisciplinaires...), ainsi que le recours aux expertises pluridisciplinaires et en particulier neuropsychologiques.
Expert 76	Accord total mais nécessite plus de clarté sur la méthode de ces entretiens. Évaluer le développement de l'enfant sur le plan psychomoteur, affectif, psychologique et cognitif nécessite des bilans complémentaires. Dans quel cas sont-ils sollicités ? De façon systématique ? Par ailleurs, comment interroge-t-on les domaines scolaires et de loisirs ? Si par entretien avec l'école, est-ce le médecin qui s'en charge ? Si sur la base d'outils, lesquels ? Doute sur la faisabilité en pratique clinique, autre que des centres experts. Dans les faits, le médecin est souvent à l'origine des sollicitations de bilans complémentaires sur la base de sa consultation, puis centralise, synthétise et conclut l'ensemble des données recueillies par le relais pluridisciplinaire pour poser un diagnostic et une stratégie de prise en charge (cf. contexte d'élaboration et objectifs des

	recommandations précédemment cités). Peut-être serait-il intéressant de prévoir le recours à la pluridisciplinarité (et la citer) pour optimiser le recueil anamnestique.
Expert 80	Indispensable d'avoir des accompagnants adultes qui rapportent la clinique de l'enfant dans différents domaines
Expert 84	Il est important de mener un entretien diagnostique structurée avec les parents et l'enfant, et non pas juste seulement un "entretien" au sens large. Il me semble essentiel de le préciser ici.
Expert 85	A mon sens cette recommandation rate sa cible en étant trop vague et imprécise, sans lien avec les éléments du tableau 2 par exemple. On ne comprend pas ces `dimensions¿, ce terme est trop polysémique en particulier dans le domaine des TND et de la psychiatrie, et les qualificatifs entre parenthèse sont d'ordre très différents. Je conserverais « psychomoteur, moteur, cognitif, affectif et social, sans omettre la croissance » Les termes choisis sont discutables et la précision fait défaut, qu'entend-on par « différents domaines cliniques » ? Il faut être spécifique. Est-ce dire qu'il faut faire « un point général tant sur la croissance et le développement physique que psychomoteur et psychoaffectif » ? Si c'est ça alors l'écrire comme ça. Il manque la notion fondamentale de « trajectoire développementale » (issue de l'entretien). En fait on a un tableau 1 en 2.4.4 qui est précis et rigoureux et un texte qui lui ne l'est pas suffisamment restant vague voir non informatif. Par exemple, il est clair que l'entretien a pour objectif d'obtenir beaucoup des éléments du tableau 1, en particulier l'anamnèse développementale, en particulier l'existence de facteur de risque périnataux ou de facteur d'aggravation post-natals¿ Ces facteurs sont fréquents, ont une valeur particulière lorsqu'un trouble est suspectée : prématurité, petit poids de naissance, exposition à l'alcool¿

Recommandation 7

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 sur les moyens qu'il a mis en œuvre ou dont il dispose pour y faire face. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	3	5	2	16	59	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.16	98.84

Expert	Commentaires
Expert 1	Insuffisant à mon sens : L'inclusion des perspectives des enfants et des adolescents lors de l'évaluation du TDAH est essentielle et doit s'adapter à leurs capacités de réponse : auto évaluation des symptômes et de leurs répercussions Explorer les émotions et les sentiments de l'enfant face aux symptômes du TDAH, ainsi que leur impact

	sur son bien-être émotionnel Poser des questions sur les relations sociales avec les pairs, les enseignants et la famille Demander à l'enfant de partager des stratégies qu'il utilise pour faire face aux défis liés au TDAH. Cela peut inclure des méthodes d'organisation, des techniques de concentration, ou d'autres moyens qu'il trouve utiles. Demander les objectifs et les besoins de l'enfant /ado Discutez régulièrement avec les personnes atteintes de TDAH, ainsi qu'avec les membres de leur famille ou leurs soignants, de la façon dont elles souhaitent participer à la planification et aux décisions relatives au traitement. (NICE)
Expert 4	L'entretien peut être facilité par un questionnaire à donner au préalable de la consultation à l'enfant/Adolescent
Expert 8	Tout à fait d'accord mais encore faut-il que l'enfant soit en capacité de s'exprimer et de dire comment il perçoit et ressent ses difficultés
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Pas axé sur les symptômes ? Curieux.
Expert 13	Cela est probablement très dépendant de l'âge et de la capacité de l'enfant/ado à s'auto-évaluer. Ce n'est, en général, pas du tout le cas de ces enfants et pas forcément quand ils sont ados. Les fonctions exécutives étant un point faible, la métacognition et le monitoring de soi sont très souvent délicats, voire impossibles pour eux. Il est bien sûr fondamental de recueillir leur ressenti, mais peut-être plus pour le versant des comorbidités anxieuses et dépressives ou la présence de colère latente plutôt qu'à visée diagnostic
Expert 27	Je trouve que mettre en avant le point de vue de l'enfant et sa façon de ressentir ses difficultés particulièrement intéressantes pour tous les professionnels
Expert 35	Oui, car le circuit motivationnel chez le TDAH enfant et adolescent est altéré. cf article québecois: https://rire.ctreq.qc.ca/motivation-et-tdah-le-systeme-de-recompense-du-cerveau-serait-en-cause/
Expert 43	Et aussi le retentissement sur son quotidien.
Expert 46	Ses difficultés d'ordre attentionnel ou comportemental (hyperactivité/impulsivité) qu'il a mis ou met en œuvre dont il dispose ou dont il présente les ressources
Expert 49	Certains enfants ne perçoivent pas leur difficulté
Expert 54	Je ne sais pas comment comprendre ce paragraphe. Quelle est l'utilité d'axer avant tout l'entretien sur la façon dont l'enfant/adolescent perçoit ses difficultés ? L'objectif est-il diagnostic? Car dans des cas assez fréquents, l'enfant/l'adolescent ne perçoit pas réellement ses difficultés, et a souvent un locus de contrôle externe à lui.
Expert 59	Difficile chez l'adolescent d'obtenir des éléments sur ses difficultés qu'il peut nier ou sous évaluer.
Expert 61	L'entretien devrait également porter sur comment l'enfant/adolescent perçoit son fonctionnement de façon générale, incluant ses points de forces.
Expert 65	En effet, mais il faut préciser que cela concerne l'évaluation du retentissement des symptômes car ce ressenti n'a pas nécessairement de pertinence pour évaluer la présence de signes cliniques (les personnes concernés par le TDAH s'auto-évaluent souvent mal et les enfants/adolescents peuvent avoir d'autres raisons de ne pas souhaiter s'exprimer comme le vécu de honte ou le fait de ne pas souhaiter se distinguer des pairs..). De plus la question du ressenti et de moyens de compensation doit vraiment être adaptée à l'âge et aux capacités cognitives.
Expert 74	Pour les plus grands, des questionnaires self report existent qui peuvent s'avérer utiles pour quantifier de manière plus objective le ressenti et les plaintes de l'enfant (e.g., BRIEF-SR).
Expert 76	Évidemment, les plaintes, souffrances, difficultés, stratégies de compensation de l'enfant doivent être entendues en priorité. Toutefois, dans le cadre du TDAH, une littérature abondante souligne (en lien avec le caractère dysexécutif) des troubles d'ordre métacognitif. Les enfants avec TDAH ont alors tendance à sur-estimer leur compétences, et particulièrement concernant les domaines pour lesquels leur déficit est plus prononcé (Steward et al., 2017 ; Wiener et al., 2012). Les interroger est primordial afin de répondre en vie quotidienne mais confronter leur perception à celles de leur entourage et à leurs capacités réelles est donc nécessaire pour optimiser les stratégies de prise en charge à mettre en place.
Expert 79	En effet si pas de ressenti de difficulté éviter de sur "médicaliser"

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Recommandation 8

Il est recommandé de prendre systématiquement en considération la plainte familiale, qui peut aussi relayer des difficultés identifiées à l'école, même en l'absence de diagnostic. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	4	2	13	64	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.19	98.81

Expert	Commentaires
Expert 1	Tout à fait d'accord avec le fond mais moyennement avec la forme: je ne suis pas sure de bien comprendre cette phrase et l'intérêt de rajouter "même en l'absence de diagnostic" puisque l'on est justement dans une étape diagnostique Il est également nécessaire de s'enquérir de la santé mentale et des troubles liés ou non au TDAH, du reste de la famille (
Expert 9	Oui! Il est regrettable encore à l'heure actuelle que la parole et le vécu des parents ne soient pas suffisamment pris en compte, que ce soit par des professionnels de santé ou par des enseignants.
Expert 11	Je ne comprends pas le sens de "même en l'absence de diagnostic"
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. N'est-il pas pertinent de citer des entretiens semi-dirigés à visée diagnostic : Kiddie-SADS-PL, MINI-Kid voire Young DIVA (mais cette dernière ne s'intéresse qu'au TDAH et pas à la psychopathologie en général)?
Expert 16	Oui, y compris au plus jeune âge.
Expert 21	Croiser. l'avis des parents +++++
Expert 27	Peut être utile de préciser plus avant la notion de plainte familiale (parents, frères et/ou soeurs, grands parents...toute personne vivant à proximité de l'enfant ou partageant des activités régulières avec lui)
Expert 32	Prendre en compte la plaint familiale est évident mais ne pas la réduire au diagnostic de TDAH porté par l'école ou quelqu'un de l'entourage de l'enfant sans avis spécialisé nécessaire
Expert 35	Il est important de rajouter que bien souvent avant l'âge de 8 ans, il n'y a presque pas de plainte scolaire surtout chez les enfants et adolescent avec TDAH et bon niveau cognitif en surcompensation à l'école et se relâche avec des troubles du comportement importants à la maison, voire dysrégulation émotionnelle.
Expert 38	Je suis d'accord mais je resterais prudent et bien inclure les diag différentiels car parfois les familles réclament le diag de TDAH alors que les critères ne sont pas réunis
Expert 46	OUI

Expert 60	Il est important d'avoir en plus du vécu de l'enfant et des parents concernant les difficultés scolaires concernant les apprentissages, le comportement et l'insertion sociale au sein de l'école ou du collège, des documents de l'institution scolaire rapportant ces difficultés (questionnaires, bulletins, Geva-sco, compte-endu d'équipe éducative).
Expert 65	Cette formulation manque de clarté. Ok pour prendre en considération la plainte familiale bien sur mais "même en l'absence de diagnostic" cela veut dire quoi ? que l'on prend en compte les formes sub-cliniques? ou alors que l'on prend en compte la plainte familiale et les difficultés identifiés à l'école quand il s'agit d'un autre diagnostic que le TDAH ? N'est-ce pas la base que de prendre en compte ces paramètres ? je ne comprends pas le sens de la recommandation.
Expert 71	Une formulation rendant plus nécessaires les données émanant du milieu scolaire pourrait être envisagée
Expert 74	Prendre en compte la plainte familiale est bien entendu centrale, mais le relais des difficultés identifiées à l'école doit être considéré avec nuance et précaution car la perception des parents peut être altérée pour différentes raisons (déni, incompréhension, blocage ou mauvaises relations avec l'école, etc.). Cela rejoint les commentaires évoqués pour la recommandation 6.
Expert 76	Afin de répondre aux critères diagnostiques (cf. reco 5), il est impératif d'interroger la famille, mais aussi directement (et non par "relais" l'enseignant - Critères C et D DSM-5. Nécessaire d'utiliser des outils validés et normés (idéalement en France) pour faciliter l'analyse, contrôler les biais de désirabilité sociale des questionnaires et augmenter la sensibilité.
Expert 84	I faudrait préciser ici ce qu'on entend par "prendre en considération". Cela veut-il dire "proposer un accompagnement" même en l'absence de diagnostic ? A préciser je pense.
Expert 85	Pourquoi ce dernier point sur l'absence de diagnostic ? J'enlèverais.
Expert 89	il est important dans la mesure du possible d'avoir un retour de l'enseignant direct écrit au moins

2.4.1.2 Modalités de l’entretien

L’entretien clinique est conduit de façon à recueillir les éléments cliniques détaillés en 2.4.4.

L’entretien clinique peut s’appuyer sur un entretien semi structuré qui peut guider le clinicien pour poser le diagnostic et pour la recherche de troubles comorbides ou de diagnostics différentiels. (voir chapitre. 2.4.8)

Les outils, types entretiens semi structurés, échelles d’évaluation et questionnaires sont un moyen efficace d’obtenir des informations détaillées de la part du patient et de son entourage, dans différents environnements, et ils permettent d’apprécier l’évolution du trouble.

Il est le plus souvent nécessaire de consacrer plusieurs consultations à l’entretien clinique.

Recommandation 9

Il est recommandé que cet entretien ait lieu avec les parents (de préférence les deux parents) de l’enfant. (Accord d’experts)

Il est recommandé qu un entretien soit aussi conduit avec l’enfant seul, en particulier s il s’agit d’un adolescent. (Accord d’experts)

Il peut être utile de s’appuyer sur des échelles d’entretiens semi structurées.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	1	0	3	3	10	67	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.49	96.51

Expert	Commentaires
Expert 11	Je remplacerais "échelles d'entretiens semi-structurées" par "entretiens semi-structurés ou échelles" « Consacrer plusieurs consultations à l'entretien clinique » Suggestion : Consacrer plusieurs consultations à l'évaluation diagnostique
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Quelles échelles? Il serait bon d'en citer quelques-unes. Ne serait-il pas utile ici de répéter l'importance d'un dépistage du TDAH et des troubles "dys" chez les parents et dans la fratrie?
Expert 13	Petit bémol sur l'enfant jeune. cf remarque sur Reco 7
Expert 16	Je ne comprends pas quelles sont les "échelles" d'entretiens semi-structurées. On peut parler de guides d'entretiens, mais pas d'échelles. Ou alors il s'agit d'échelles type Conners? Dans ce cas la terminologie ne me semble pas adaptée. Il est nécessaire (et non pas utile) p.17 que l'entretien s'appuie sur des questionnaires (type Conners).
Expert 17	De préférence les deux parents : ajouter en cas d'impossibilité notable (séparation conflictuelle...), l'entretien peut avoir lieu en présence d'un seul parent
Expert 21	Rajouter les échelles et le recueil d'infos académiques Dissocier échelles et entretien semi structurés.
Expert 32	Au moins un parent et essayer systématiquement d'avoir l'avis de l'autre parent Enfant seul : à adapter à l'âge et au contexte
Expert 35	Il est important de ne pas parler forcément devant l'enfant de ces difficultés, lorsque il y a des années de prises en charge pour travailler sa confiance en lui et ne pas pointer constamment ses troubles...Les questionnaires Conners, et autres sont très utiles pour les parents et enseignants pour une prise de conscience des retentissements du TDAH au quotidien. (handicap invisible)
Expert 46	Peut être nécessaire, ce n'est pas obligatoire car certains praticiens imposent un nombre bien trop élevé de consultations sans réel nécessité L'entretien clinique est conduit de façon à recueillir les éléments cliniques détaillés en 2.4.4. L'entretien clinique peut s'appuyer sur un entretien semi structuré qui peut guider le clinicien pour poser le diagnostic et pour la recherche de troubles comorbides ou de diagnostics différentiels. (voir chapitre. 2.4.8) Ceci est essentiel .. les critères dg d'entretien structurés comme dans la KIDDIE SADS DSM 5 doivent être mis à disposition des cliniciens pour les apprendre, les connaître, les appliquer, s'en inspirer cet entretien ait lieu avec les parents (de préférence les deux parents) de l'enfant. ou la personne Il est essentiel de s'appuyer sur les outils d'entretiens semi structurées responsable Il est recommandé qu'un entretien soit aussi conduit avec l'enfant ou l'adolescent seul
Expert 65	Les échelles et les entretiens semi-structurés sont deux choses distinctes. Les échelles sont des questionnaires (en auto ou hétéro-évaluation, par exemple l'ADHD-RS), les entretiens semi-structurés sont par ex la K-SADS qui est un entretien guidé pour lequel il faut être formé. On peut aussi utiliser des entretiens structurés d'ailleurs (MINI KID par ex.) Je propose de reformuler : Il est utile de s'appuyer sur des outils d'évaluation tels que des questionnaires ou des entretiens diagnostiques structurés ou semi-structurés. Il est nécessaire de prendre en compte différentes sources d'information.
Expert 69	Il ne peut pas être possible de poser un diagnostic de TDAH sans avoir, au préalable, tous les bilans des troubles des apprentissages. Et le test de QI pour savoir s'il y a un TDI. Le TDAH ne peut pas être aidé de la même façon s'il y a des troubles des apprentissages ou certains troubles des apprentissages ou un TSA ou un TDI. Il faut donc ajouter le bilan d'orthophonie, d'ergothérapie et de neuropsychologie, au minimum.

Expert 74	Le bémol pour cette recommandation vient du fait qu'est indiqué de manière raccourcie et abusive que les échelles d'évaluation et les questionnaires sont un moyen efficace d'obtenir des informations détaillées de la part du patient et de son entourage. Il convient de rappeler que les questionnaires/inventaires de comportementaux sont très utiles voire indispensables pour objectiver la nature et l'intensité des difficultés, mais qu'ils peuvent se révéler totalement insuffisants, voire trompeurs (risque de faux positif/négatif) compte tenu de leur nature par définition subjective et partiale. Par ailleurs, la fiabilité psychométrique des questionnaires indiqués dans les recommandations est très discutable pour nombre d'entre-deux, qui ne sont pas toujours validés et étalonnés auprès de la population française (le Conners en particulier), ce qui constitue une limite très importante qui n'est pas du tout soulignée à sa juste valeur ici. Il convient de rappeler également que la traduction française d'un outil développé à l'étranger ne garantit en rien sa validité d'usage auprès de la population française (traduction ne veut pas dire adaptation). Il est essentiel que ces nuances/précautions soient mises en avant dans les recommandations HAS pour le diagnostic du TDAH, ne serait-ce que d'un point de vue éthique et déontologique.
Expert 76	Préciser quelles échelles ?
Expert 84	Il est "indispensable" de s'appuyer sur un entretien diagnostique semi structuré.
Expert 89	les échelles (qui sont un reflet à un instant donné) sont une aide mais l'entretien doit être mis en avant pour le diagnostic, ainsi que la concordance des plaintes dans tous les milieux fréquentés par l'enfant
Expert 90	Le formulation me semble peu pratique : j'aurais mis plutôt "il est recommandé que des entretiens soient réalisés avec et sans les parents"

Recommandation 10

Dans le cadre du parcours de soin, il est recommandé que le praticien remette aux parents, et aux professionnels impliqués dans le parcours de soin de l'enfant, un compte rendu de la, ou des, consultation(s) à visée diagnostique, incluant les éléments sur lesquels se fonde le diagnostic. (Accord d'experts)

Ces informations pourront être utiles pour informer les autres professionnels de soins qui participeront à la prise en charge du TDAH afin de suivre l'évolution du trouble.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	3	0	13	68	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires

Expert 1	Aussi remette à l'enfant/adolescent,
Expert 5	Il peut être utile de proposer une trame de compte-rendu diagnostique pour proposer une "uniformisation" des pratiques et un diagnostic lisible par tous.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Cela justifierait probablement l'utilisation d'une base de données partagée, spécifique au TDAH.
Expert 27	Plus qu'utile ici lorsqu'on sait que la grande majorité de nos confrères pédopsychiatres des CMP / CMPP ne font aucun courrier médical pour les parents, pas plus que pour le médecin traitant
Expert 32	On peut produire un certificat si besoin pour l'école par exemple mais pas de compte rendu obligatoire à chaque consultation car on croule sous le demande de compte rendu et cela prend trop travail
Expert 35	Il est essentiel qu'un MEDECIN (généraliste, pédiatre, psychiatre) soit systématiquement le COORDINATEUR de tous les diagnostics et prises en charge complexe dans le cadre d'une PCO ou d'un dossier MDPH , qui jalonnent le parcours de l'enfant et de l'adolescent avec TDAH . En isère , la PCO ne fonctionne que pour les enfants de 7 ans à sucpicion de TND TDAH. Aujourd'hui, ce sont trop souvent les paramédicaux(orthophonistes, psychomotricien..) qui bénévolement effectuent cette coordination et sont épuisés par cela professionnellement, sachant que c'est au médecin de le faire étant donné son rôle de diagnostic et son expérience clinique essentielle.
Expert 36	Avec un rappel nécessaire de la confidentialité des données et des précisions pour éviter leur diffusion de manière inappropriée
Expert 46	Dans le cadre du parcours de soin, et pas uniquement dans ce cadre précis mais de façon plus large
Expert 58	Incluant les éléments sur lesquels se fonde le diagnostic (bilan neuropsychologique, psychomoteur...)
Expert 60	Le compte-rendu n'est pas recommandé mais nécessaire et pour ce qui concerne la validation dans le parcours de soins vis à vis de la CPAM il est obligatoire d'avoir un courrier vers le médecin traitant.
Expert 65	Formulation à revoir : informations pour informer. et "prise en charge" du TDAH. Le terme de prise en charge est daté et met les personnes en situation de passivité ; ensuite ce n'est pas le TDAH qui est concerné ici mais l'enfant ou l'adolescent avec TDAH.
Expert 69	Il est surtout ABSOLUMENT impératif que la famille soit au centre du parcours et reçoive TOUTES les informations, compte-rendu et examens concernant son enfant.
Expert 71	"Ces informations pourront être utiles pour informer les autres professionnels de soins " Ces informations sont utiles voire nécessaires aux autres partenaires de la prise en soin
Expert 76	Je dirais même indispensable si les objectifs de prise en charge pluridisciplinaire sont toujours d'actualité. Par ailleurs, sur quelle base l'orientation du parcours de soin de l'enfant (et l'accompagnement de sa famille) se fait ? Seulement sur l'entretien clinique ? Comment cette orientation est discutée, ajustée entre le médecin et les professionnels sollicités ? Notamment en ville.
Expert 77	.. dans un monde où on a plus de 30 min par consultation.. Surement faisable dans les centres expert.. Malheureusement pas applicable dans la majorité des territoires.
Expert 86	Oui si un bilan objectif normé est réalisé (Cf commentaire reco 5) Un diagnostic fiable ne peut en aucun cas se fonder uniquement sur des items comportementaux cliniques non spécifiques. Par conséquent le diagnostic de TDAH ne peut être établi par un médecin seul même formé correctement au TDAH au terme d'une seule consultation. Un diagnostic fiable ne peut être établi et donc communiqué à la famille et aux intervenants qu'après intervention d'un(e) neuropsychologue apportant au médecin les éléments d'évaluation précis de l'efficience intellectuelle, des fonctions d'attention et des fonctions exécutives. Auxquelles s'ajoutent l'évaluation des éventuelles comorbidités associées notamment vis à vis des fonctions visuo-spatiales, langagières et du graphisme qui requiert la participation d'un(e) orthophoniste Et l'évaluation des dimensions psycho-affectives (thymie, estime de soi, etc) par un(e) pédopsychiatre ou un psychologue clinicien de l'enfant à défaut.
Expert 90	préciser que ce compte rendu doit faire référence aux reco nationales sur le TND (à visée de référence mais surtout pour diffuser leur existence)

2.4.2 Observation et examen clinique de l'enfant

Recommandation 11

Il est recommandé d'évaluer le développement physique de l'enfant incluant : un examen morphologique (poids, taille, IMC, courbe de croissance, ..), un examen clinique général et une orientation si besoin vers un spécialiste (ORL cardiologue, gynécologue,

neurologue ¿) en fonction des points d'appels. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	1	6	15	59	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.20	98.80

Expert	Commentaires
Expert 1	Rajouter le périmètre crânien dans l'examen morphologique la tension artérielle (en cas de prescription de méthylphénidate) un examen clinique détaillé . Au cours de l'examen physique, une attention particulière doit être accordée aux systèmes cardiovasculaire, cutané, thyroïdien et neurologique,(y compris l'évaluation de la coordination motrice et recherche de signes neurologiques mineurs, de maladie neurologique sous jacente ou génétique), et une évaluation de la santé mentale doit être faite à la recherche de comorbidités avant "et une orientation si besoin chez un spécialiste ... "
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées.
Expert 15	Ne pas oublier ophtalmologique
Expert 16	Il est "indispensable" d'évaluer le dvt physique : morphologique et examen clinique général ET fortement recommandé des orientations (la phrase n'est pas claire).
Expert 21	Lien important à mettre en place avec le généraliste ou le pédiatre.
Expert 26	On pourrait rajouter endocrinologue nutritionniste, au vu de la fréquence du surpoids et des erreurs alimentaires
Expert 32	L'examen clinique peut se limiter à l'examen du carnet de santé et interrogatoire des parents, si besoin avis d'un pédiatre mais on ne peut en tant que pédopsychiatre faire un examen clinique complet de tous les enfants !
Expert 35	Dans le cadre de la vérification du poids , IMC, Taille, il est essentiel de poser des questions plus précisément sur l'alimentation pour écarter d'éventuelle troubles d'oralité ou dysoralité alimentaire qui interfèrent dans le développement de la taille et du poids et qui sont souvent liés à des troubles sensoriels très fréquents chez le TDAH. Ces bilans d'oralité myo-fonctionnelle sont effectués par les orthophonistes et donc remboursés.
Expert 44	Il est recommandé d'évaluer le développement physique de l'enfant par un examen morphologique (poids, taille, IMC, courbe de croissance, ..), un examen clinique général et une orientation si besoin vers un spécialiste...
Expert 46	Il manque évaluation du développement pubertaire (stades de Tanner) et avis de l'endocrinologue Il manque prise de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Expert 47	Il manque une virgule après ORL
Expert 62	Ophtalmologiste pour évaluation des capacités visuelles de l'enfant => un trouble visuel type amblyopie pouvant entrainer une majoration de trouble du comportement
Expert 63	Rajouter une virgule dans l'encadré après "ORL"
Expert 67	Ajout virgule après ORL Ajout ophtalmo dans la liste des spécialistes ?
Expert 76	Recommandation permettant d'inclure le médecin traitant/pédiatre dans la boucle du parcours de soin de l'enfant.
Expert 79	Pas d'examen spécialisé à titre systématique mais plutôt en fonction des réponses à l'examen général
Expert 85	Il faut être plus spécifique, ce n'est pas une figure de style médical. Il faut insister sur la reconstruction des courbes de croissance en particulier du périmètre crânien. Un examen neuromoteur élémentaire est indispensable. Un examen neurosensoriel est indispensable (audio et ophtalmo). On peut aussi rappeler l'importance de l'examen rachidien et pubertaire (fréquence des anomalies associées dans le cadre des TND)
Expert 85	bilan visuel et ORL (audiométrie) indispensables
Expert 90	peut être préciser l'orientation vers un généticien médical en cas de suspicion de TND syndromique

Recommandation 12

Il est recommandé que l'examen clinique : explore la symptomatologie présentée par l'enfant, considère d'autres Troubles du Neurodéveloppement (TND), recherche des comorbidités et permette l'élimination d'un diagnostic différentiel. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	2	8	73	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Et recherche l'absence de contre indications en cas de prescription médicamenteuse
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées.
Expert 16	Les recommandations devraient davantage mettre en avant la fréquence des concomitances des diagnostics différentiel plutôt que de mettre l'accent dans la formule sur leur élimination.
Expert 21	Très tres tres important. car c'est le plus complexe et le développement de la partie fonctionnement

	neuropsychologique mérite d'être développé dans l'argumentaire et moins succinct dans les recos. Il y a d'autres parties bien plus développées et moins utiles .
Expert 32	C'est surtout l'interrogatoire qui permettra de rechercher les troubles psychiatriques associés, plus que l'examen clinique
Expert 35	Les autres troubles associés TND ne doivent pas exclure le TDAH , qui peut avoir de multiples troubles associés, comme le TSA, le TOP, les tics, le trouble anxieux...
Expert 46	Il est recommandé que l'examen clinique : Ce n'est pas très clair ? Entretien clinique ou examen clinique au sens large ? Considère d'autres Troubles du Neurodéveloppement .. recherche d'autres TND et évalue des comorbidités éventuelles , permettre de repérer ? de définir ? plutôt que d'éliminer ?
Expert 55	L'agitation et l'impulsivité peuvent masquer la présence d'un Trouble Développemental des Coordinations (TDC) comorbide, le diagnostic de TDC sera difficilement écarté en cas de "maladresse", et devra être réévalué à la lumière des progrès sur le contrôle de soi ou l'introduction du traitement médicamenteux.
Expert 65	Ce n'est pas que l'examen clinique mais aussi l'anamnèse développementale.
Expert 66	Il parait important de préciser que l'examen clinique doit aussi être un examen somatique complet car l'expression "examen clinique" n'a pas la même signification pour un médecin somaticien et un psychiatre
Expert 69	C'est absolument nécessaire. Poser un diagnostic de TDAH sans avoir fait le tour des comorbidités n'est pas sérieux.
Expert 73	D'où une formation par ailleurs sur les autres troubles du neurodéveloppement
Expert 74	On voit bien ici qu'il est illusoire d'envisager la formation de médecins spécialisés dans le TDAH qui ne soient pas par ailleurs correctement formés aux autres troubles du neurodéveloppement, ce qui montre les limites certaines de formations centrées exclusivement sur le TDAH. De ce point de vue à nouveau, le recours à des formations type DU/DIU apparaît essentiel afin que les médecins spécialisés bénéficient d'une formation globale sur la question des TND, avec un focus plus spécifique sur le TDAH (avec des stages de supervision).
Expert 76	Comment l'examen clinique tel que décrit plus haut se charge d'éliminer la présence d'un trouble du langage oral, écrit, de la coordination, d'un trouble du spectre de l'autisme, TDI, etc. ? Si le médecin a recours à des bilans complémentaires ou à visée diagnostique assurés par des professionnels paramédicaux, les citer.
Expert 85	Certes, du coup je mettrais cette reco avant la précédente.

2.4.3 Recueil d'informations auprès des intervenants de l'enfant (scolaire et périscolaire, médicaux et sociaux).

Recommandation 13

Il est recommandé que des informations complémentaires concernant l'enfant soient si possible recueillies et/ou discutées auprès des différents professionnels intervenants en accord avec les parents et l enfant. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	2	3	9	71	0

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.16	98.84

Expert	Commentaires
Expert 5	Des éléments des différents bilans des professionnels ou les Comptes-rendus de réunions pluridisciplinaire pourraient être intégré dans la trame du CR diagnostique.
Expert 11	Sur la forme, plutôt "auprès de l'entourage de l'enfant (intervenants scolaires, périscolaires, médicaux et sociaux)"
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Les relations avec les enseignants est parfois compliquée: certains ne souhaitent pas être impliqués dans le diagnostic, l'évaluation et le suivi... quand ils ne cherchent pas à dissuader les parents d'obtenir un diagnostic voire un traitement! Comment gérer les cas où un symptôme est présent à la maison mais absent en classe; règle "OU" ou règle "ET"? Quels questionnaires le groupe de travail recommande-t-il: ADHD-RS? SWAN? SNAP-IV? SDQ-T? etc.
Expert 14	Uniquement si les professionnel sont eux-mêmes formé au TDAH!
Expert 16	Oui, et tout particulièrement auprès des enseignants/assistants maternels/périscolaire.
Expert 21	Insister sur l'école le collège et le lycée voire l'université pour que ça ne soit pas une simple option ++++++ Peut-être avec des questionnaire en ligne plus simple à remplir pour ces partenaires
Expert 24	Les questionnaires parents et enseignants sont très utiles. Néanmoins, dans des milieux scolaires très sélectifs et peu enclins à mettre en place des aides, la communication de questionnaires aux enseignants (ex : Conners enseignants) peut être délicate, voir biaisée. Par ailleurs, les troubles attentionnels peu sévères et notamment chez les filles sont souvent mal discriminés auprès des enseignants quand aucun trouble du comportement n'est présent en classe. Les observations des bilans paramédicaux viennent très souvent étayer fortement les hypothèses diagnostiques cliniques.
Expert 26	Avec examen des cahiers, travaux et bulletins scolaires
Expert 35	Le rôle de l'orthophoniste est primordial pour effectuer des bilans complets, du langage, des apprentissage, de la communication pragmatique , des interactions, de l'attention, des fonctions exécutives et mnésiques . L'orthophoniste fait le lien entre l'école, les parents et le corps médical, et les recommandations si besoin vers des examens complémentaires comme les bilans des neuropsychologues. Il est aussi formé aux accompagnements parentaux pour faciliter la communication, la gestion des émotions et le comportement de l'enfant pour le développement de son langage oral et écrit et de sa communication en interaction. Ces informations peuvent aussi être recueillies lors de la mise en place d'équipe éducative (parent/professeur/professionnel de santé en libéral..)pour mieux statuer sur le développement du langage, de son comportement et des émotions, de ses apprentissages et de ses interactions sociales.
Expert 36	Rappel de la confidentialité +++ L'accord de l'enfant et de ses parents peut être compris ici comme une protection médicolégale, en fait il vise une meilleure qualité du soin. L'accord doit donc être sollicité dans le cadre du soin et ne pas faire l'objet d'une formalisation trop importante, le risque étant de fixer l'enfant dans un profil prédéfini susceptible de lui porter préjudice. Les termes "si possible" sont insuffisants pour pallier cette difficulté.
Expert 46	Enlever si possible (redondant) Professionnels intervenants dans le suivi ou auprès de l'enfant Avec les différents professionnels
Expert 49	Sous forme de bilan pour les professionnels de santé
Expert 62	En tant que professionnel de santé paramédical nous sommes peu consultés mis a part à travers un bilan écrit. Un lien plus concret et un échange a travers des réunion ou visio est indispensable. Ce sont actuellement les parents qui font le lien et expliquent lors de l'entretien clinique les différentes bilprise en charge et souvent cela est compliqué pour eux et des infirmations se perdent. Idée de recueil ou questionnaire a transmettre ok

Expert 65	Revoir la formulation - les informations complémentaires peut être recueillies mais pas discutées ? on peut éventuellement discuter de la situation de l'enfant (avec accord des parents et de l'enfant) mais il me semble que le recueil de l'information devrait être aussi transparent que possible vis-à-vis des parents sauf exception.
Expert 67	Ajout : "des différents professionnels intervenant auprès de l'enfant/adolescent, en accord avec..."
Expert 69	C'est aux familles de transmettre les éléments qu'elle souhaite au médecin. Il ne peut être question de faire "dans son dos".
Expert 73	En particulier avec les pédopsychiatres si l'enfant en a déjà consulté un, ce qui est très souvent difficile car en général nous n'avons aucun courrier et aucun compte rend des pédopsychiatres, libéraux ou dans les CMP/CMPP. Ce qui est déroutant car il s'agit de la seule spécialité pour laquelle c'est aussi compliqué d'avoir des retours.
Expert 74	Cette recommandation paraît également évidente, mais risque de se confronter au manque de temps dont dispose le médecin, même spécialisé, pour recueillir tous ces éléments.
Expert 76	Recommandation manquant de clarté dans son périmètre et son mode d'action ce qui altère sa faisabilité. Quels professionnels ? Les données transmises par les professionnels paramédicaux (qui ont une expertise dans les TND) n'ont pas la même dimension qu'une observation d'un éducateur ou un enseignant. Vision un peu réduite de la pluridisciplinarité mise pourtant en avant en revue de littérature de ces recommandations et qui, en pratique, n'intervient qu'à la reco 13, à une place testimoniale. Les observations autres que parentales sont utiles au recueil anamnéstique. L'expertise des professionnels paramédicaux et neuropsychologues doit être valorisée et intégrée à l'appréciation diagnostique et permettre d'engager un dialogue avec le médecin spécialiste qui s'assure de la cohérence du parcours et du suivi.
Expert 77	Si nécessaire. En effet les parents (voire l'enfant) sont souvent suffisamment informatifs)
Expert 79	Nécessité d'analyse globale des signes rapportés au contexte d'expression
Expert 85	Il faut savoir rappeler les évidences : « récupérer et consulter les CR des intervenants (orthophoniste…), idem pour les bulletins scolaires (LSU) »
Expert 89	notion capitale en particulier en milieu éducatif mais aussi paramédical s'il y a eu prise en charge
Expert 90	Pour la formulation da la ligne suivante j'aurais plutôt mis "Il peut s'agit de tout professionnel intervenant auprès de l'enfant en particulier ceux ayant une bonne connaissance de son comportement, dans les milieux soignant, éducatif ou social : cela regroupe en particulier les enseignants,..... de médecins."

Il peut s'agir d'enseignants, d orthophonistes, de psychomotriciens, d ergothérapeutes, de psychologues, d'éducateurs, de médecins ou d'un autre professionnel intervenant auprès de l'enfant et ayant une bonne connaissance de son comportement. Ce recueil peut se faire au moyen d'un questionnaire, remis à l'entourage familial et éducatif qui le transmettront directement aux professionnels ou lors d'une réunion organisée à cet effet, en fonction des situations et des possibilités.

2.4.4 Les éléments à recueillir lors de l'entretien clinique initial et à faire figurer dans le dossier médical.

Recommandation 14

Voir Tableau des éléments à recueillir lors de l'entretien clinique initial dans le texte des recommandations.

Commentaires sur ce tableau

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	1	10	18	52	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.20	98.80

Expert	Commentaires
Expert 1	Dans l'anamnèse : rajouter : -rechercher des antécédents de prématurité et ou petit poids de naissance, -exposition à des toxiques/traitements des 2 parents y compris préconceptuels, -rechercher des particularités de modulation sensorielle (différentes études parlent d'environ 50%-selon les méthodes- de patients TDAH avec des particularités de modulation sensorielle avec effet cumulatif de l'impact des difficultés : Kumar-Panda et al 2023) Antécédents familiaux : rechercher le trouble dans la famille élargie, des troubles psychopathologiques, les difficultés scolaires éventuelles, les conduites addictives Dans "examen du patient" rajouter examen neurologique : examen physique standard et neurologique (type examen de touwen) évaluation du sommeil ET de l'alimentation Recherche de "points forts" compétences (cf reco australiennes)
Expert 11	Ajouter "antécédents addictologiques" dans les antécédents familiaux et personnels Ajouter "affectif" dans l'anamnèse du développement Manque un "?" après "ont dû être mis en place" Remplacer "cutanée" par "état cutané" Manque ")" après "outils standardisés" Je ne comprends pas pourquoi "respect des consignes et aversion du délai" sont listés dans la régulation émotionnelle, il s'agit plutôt de compétences cognitives Confusion à mettre au singulier Compensation à mettre au singulier Redondances dans le paragraphe Evolution du trouble
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Informations subjectives essentiellement.
Expert 20	Remarque sur la forme : détailler l'anamnèse, les caractéristiques familiales et sociales, l'évolution des troubles, puis l'examen clinique.
Expert 21	Rajouter capacités d'inhibition , gestion du temps attention sélective et soutenue.
Expert 23	Ces entretiens peuvent être approfondis en ergothérapie, car l'évaluation du fonctionnement dans divers environnements est la base de l'ergothérapie qui analyse et fait le lien entre l'enfant, son contexte environnement et ses occupations (ensemble d'activités à réaliser et qui ont du sens pour lui).
Expert 24	Une phrase pourrait être ajoutée avant le tableau concernant les conditions de l'entretien : fonction de la spécialité du médecin et de l'âge du patient. Je procède à un premier entretien d'1h avec les parents seuls, sans la présence de l'enfant. Le retour des parents est toujours positif, ils apprécient de pouvoir parler librement des troubles de leur enfant et de leurs inquiétudes sans que celui-ci entende encore des reproches ou des insuffisances de fonctionnement. Ensuite, dans un second entretien, je reçois les enfants/adolescents seul, puis avec leurs parents en 2 temps différents afin de créer une alliance et de pouvoir notamment vraiment interroger les ado sur leurs consommations de toxiques et de prise de risque et d'évaluer les comorbidités dépressives et suicidaires hors de la présence des parents. Dans la rubrique "anamnèse", - il serait important de mettre les ATCD familiaux psychiatriques et de TND en premier (en précisant TDAH, DLDO, TDC, troubles de l'humeur uni ou bipolaire, ATCD de suicide ou d'addiction), avant ATCD médicaux.

	- il serait intéressant de préciser entre parenthèses après ATCD familiaux médicaux (épilepsie, tumeurs cérébrales, troubles vasculaires, SED) (le lien fait avec le livret TND obligeant à aller chercher ces informations dans un autre document) - il serait intéressant de repréciser de rechercher dans l'anamnèse point par point les critères diagnostiques du TDAH, comme rappelé dans la rubrique "examen du patient" : trouble de l'attention, impulsivité, hyperactivité psychomotrice, dysrégulation émotionnelle). Dans la rubrique "Evolution du trouble" "entretien avec l'enfant/l'ado" - il serait intéressant de préciser "(avec ou sans les parents selon l'appréciation du clinicien et l'âge de l'enfant)
Expert 25	Les situations de deuil d'un des parents devraient faire l'objet d'une attention particulière (4% des enfants d'âge scolaire ont perdu un de leur parents). Le deuil à de conséquences importantes et durables sur les capacités d'attention et sur l'agitation.
Expert 26	Rajouter dans l'évaluation de l'environnement : les indicateurs d'adversité Rajouter à la fin : questionner l'usage des écrans
Expert 32	Il est souhaitable (et non obligatoire) de recueillir le maximum d'éléments dans ce tableau (très exhaustif !)
Expert 34	Evaluation du temps d'écran (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8928099/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24999762/ Effet faible mais significatif sur la survenue d'un TDAH)
Expert 35	Le psychologue scolaire à l'école, doit se former au Trouble du neuro-développement, cependant aujourd'hui, en pratique, il est trop souvent formé à la psychanalyse, avec un jugement très fort des parents, et des bilans trop axé sur le développement affectif et pas assez sur les compétences réelles de l'enfant ou adolescent. Ce qui peut retarder le diagnostic de suspicion de TND comme le TDAH. De même, trop d'enfants ou adolescents sont diagnostiqués comme TSA (trouble du spectre de l'autisme) , sans rechercher systématiquement la présence du TDAH. Il est bien entendu possible (50%) que le jeune puisse avoir les 2 troubles TSA et TDAH mais l'un n'écarte pas l'autre en tant que diagnostic différentiel. L'un peut d'ailleurs être traité (TDAH) cas sévères et diminuer considérablement les troubles du TSA. Le neuropsychologue a donc aussi un rôle essentiel lors de ces bilans de suspicion de TDAH chez l'enfant et l'adolescent. cf articles https://cps.ca/fr/documents/position/tdah-autisme-handicap-intellectuel-la-prematurite
Expert 39	Pour l'habitus : préciser si définition médicale ou sociologique ou les deux
Expert 44	Examen physique standard : ajouter examen neurologique
Expert 45	La question délicate des abus sexuels me semble importante, pour rappel l'inceste concerne 10% des enfants environ et peut provoquer des tableaux de troubles anxieux réactionnels ou troubles dissociatifs mimant le tableau de TDAH pur, bien sur les abus sexuels n'exclut pas les TND mais important de les rechercher de façon proactive lors du bilan à mon sens
Expert 49	Ajouter la présence de trouble sensoriel associé (profil sensoriel)
Expert 54	J'ajouterais une évaluation des symptômes anxieux (peurs normales ou pathologiques compte tenu de l'âge de l'enfant et de l'intensité des symptômes). Car les troubles anxieux sont très souvent associés au TDA H, et il faut pouvoir prévenir l'apparition d'un refus scolaire anxieux.
Expert 58	Le recueil d'information sur le traitement de l'information sensorielle semble d'intérêt au regard de la littérature importante sur le sujet, comme c'est également le cas dans d'autres TND.
Expert 61	L'évaluation du comportement et des aptitudes devrait inclure une évaluation de la communication sociale (pragmatique) puisqu'il s'agit par définition (DSM-5 et CIM) d'une aire de retentissement du TDAH. Les orthophonistes sont les professionnels de santé directement qualifiés pour cette évaluation (en plus de l'évaluation du langage et des apprentissages pour la recherche des comorbidités).
Expert 63	Tableau 1 ANAMNESE -rajouter un point d'interrogation pour l'anamnèse à la fin de la dernière question EXAMEN DU PATIENT -rajouter une parenthèse à la fin de "(de préférence en s'appuyant sur des outils standardisés)" -revoir la ponctuation des énumérations -rajouter deux "s" à "activités extra-scolaires" CARACTERISTIQUES FAMILIALES ET SOCIALES -revoir la ponctuation des énumérations -rajouter deux "s" à "activités extra-scolaires"
Expert 64	Dans l'anamnèse, manquerait prématurité, faible poids de naissance

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

	Dans l'anamnèse ou dans l'examen du patient, prise de substances psychoactives.
Expert 65	cf pdf commenté
Expert 66	Peut être ajouter dans "évolution du trouble" - retentissement sur la dynamique familiale et le bien-être des parents et de la fratrie
Expert 67	Reformulation : "Historique des symptômes/plaintes : depuis quand, où et comment les symptômes sont-ils apparus ? quelles ont été les premières inquiétudes et à quel moment ? par qui les symptômes ont-ils été constatés ? comment les symptômes ont-ils évolué depuis ? Enlever virgule après "grossesse" dans : "Antécédents obstétricaux et périnataux : complications au cours de la grossesse, et au cours de l'accouchement, expositions périnatales..11" Tout formuler au singulier ou au pluriel dans : "Historique de la prise en charge : Quelles prises en charge a déjà été proposée ?" Ajout de "déjà" dans : Quels aménagements ont été mis en place ? Fermer la parenthèse dans "Evaluation du comportement et des aptitudes (de préférence en s'appuyant sur des outils standardisés" Reformulation : "Estime de soi (dévalorisation, jugement critique négatif envers soi-même, indécision, perfectionnisme...)" Ajout des activités extra-scolaires à : "Evaluation de l'adaptation dans la scolarité et dans les activités extra-scolaires au niveau comportemental et des interactions sociales" / "Evaluation des performances scolaires et extra-scolaires, qui peuvent être fluctuantes" A détailler : "évaluation du sommeil" --> (habitudes de sommeil, endormissement, éveils nocturnes, qualité du réveil, parasomnies, apnées...)
Expert 69	Il faut faire très très attention avec ça. L'histoire a bien trop souvent démontré qu'au fil du temps, on fait à la place de la famille, on décide pour elle. C'est tellement plus facile... On oublie de la faire monter en compétence.
Expert 74	Il existe une certaine ambiguïté s'agissant de l'item examen du patient du tableau, qui semble préconiser que le médecin va évaluer le comportement et les aptitudes de l'enfant, en s'appuyant de préférence sur des outils standardisés. Est-ce que cela signifie que l'on demande au médecin de procéder de manière systématique à une investigation de tous les aspects neurocognitifs et comportementaux susceptibles d'être fragilisés dans le TDAH, ce qui nécessite un temps de consultation important, d'une part, et une formation conséquente et supervisée, d'autre part (ce qui rejoint les interrogations quant à la qualité de formation et à la maîtrise des outils et de leurs limites). Cela pose aussi d'une certaine manière la question de savoir si un examen neuropsychologique de routine ne serait pas plus approprié de ce point de vue, pour limiter le temps de la consultation médicale qui doit déjà considérer nombre de facteurs.
Expert 76	Très bien mais aucune indication sur la faisabilité du systématisme des éléments à recueillir. Comment répondre systématiquement à ces questions : - Evaluation du comportement et des aptitudes (de préférence en s'appuyant sur des outils standardisés - Evaluation du niveau scolaire et de l'attitude vis-à-vis de l'école et lors d'activité extra-scolaire - Evaluation de l'évolution des symptômes et des plaintes
Expert 85	Ce tableau est complet et adapté, il devrait plus inspirer la rédaction du texte qui n'a pas sa précision sémiologique pourtant souhaitable. Petite précision : Anamnèse du développement : notion de trajectoire, par ailleurs "psychologique" est trop imprécis, il me semble qu'il faut préférer "social et affectif".
Expert 86	Consommation par les parents d'alcool, de drogues (cannabis, etc) ? Comment étaient les 2 parents durant leur enfance ? (= TDAH possible chez l'un d'eux?) Antécédents familiaux de TDAH par ailleurs?
Expert 88	Page 19 : Tableau 1. Modifier l'intitulé du Tableau « Eléments à recueillir lors de l'entretien clinique initial et de l'examen physique du patient. » Page 19 : Anamnèse et historique développementale ; « … , exposition pré- et périnatale, … » J'aurai bien détaillé en précisant, « notamment médicamenteuse (antiépiléptiques, corticoïdes, antibiotiques,…) ou toxiques (alcool, tabac, marijuanna ou cannabis, cocaïne,… », » Page 19 : Examen physique standard : rajouter « périmètre crânien, examen neuropédiatrique et somatique (y compris cutané) complet avec recherche des réflexes ostéo-tendineux »
Expert 89	cette évaluation est aidée en consultation par l'utilisation de tests d'évaluation de dépistage à l'usage des médecins en particulier la batterie BMTi (plus complet que BMTa , de MSM à la classe 5eme, étalonné afin de suspecter ou d'infirmer l'existence de comorbidités et qui comporte des tests d'attention)
Expert 90	Préciser les atcd de maladies génétiques dans la famille ? Dans l'examen physique : examen morphologique sommaire à la recherche de comorbidités ?

2.4.5 Quels sont les autres diagnostics à évoquer : différentiels et comorbidités ?

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Recommandation 15

Le diagnostic de TDAH n'est pas complexe en lui-même. C'est la recherche des troubles associés ou comorbidités et l'élimination des diagnostics différentiels, qui en fait la difficulté.

Il est donc recommandé de conduire une évaluation diagnostique complète selon les éléments définis dans le tableau ci-dessus. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	2	3	5	14	61	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.16	98.84

Expert	Commentaires
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le terme "TDAH complexe" désigne un TDAH avec au moins une comorbidité. Il serait préférable d'écrire: "le diagnostic de TDAH n'est pas difficile à poser dans la majorité des cas".
Expert 14	La recherche de symptômes en évaluant leur intensité, fréquence, leur diverse manifestation demande une certaine expertise, donc non on ne peut pas dire que le diagnostic de TDAH n'est pas complexe.
Expert 20	Retirer la mention : "le diagnostic de TDAH n'est pas complexe en lui-même", pour laisser "C'est la recherche des troubles associés ou comorbidités et l'élimination des diagnostics différentiels, qui fait la difficulté du diagnostic de TDAH".
Expert 21	Je ne mettrai pas cette première phrase. le diagnostic est complexe compte tenu de tous les diagnostics différentiel à éliminer. Diagnostic différentiel sur lequel il faut insister ++++++
Expert 23	Rajouter la paralysie cérébrale. Des troubles du processus sensoriel.
Expert 27	Je préciserai volontiers la phrase : "le diagnostic de TDAH n'est pas complexe en lui-même mais il prend du temps" pour souligner l'importance de la démarche d'évaluation multimodale qui ne peut se faire en une seule consultation.
Expert 35	Lors d'un diagnostic de TDAH , il est important de vérifier la présence de TSA ou trouble du langage pragmatique à l'aide des bilans orthophoniques pragmatiques précis. Et à l'inverse, lors du diagnostic de TSA, il est essentiel de rechercher la présence ou non du TDAH.
Expert 46	Le diagnostic de TDAH n'est pas complexe en lui-même. C'est la recherche des troubles associés ou comorbidités et l'élimination des diagnostics différentiels, qui en fait la difficulté. ABSOLUMENT d'ACCORD
Expert 49	Ajouter trouble de la régulation sensorielle?
Expert 63	Au regard de l'affirmation "le diagnostic de TDAH n'est pas complexe en lui-même" je serai beaucoup plus réservée car il ne faut pas:

	- sous-estimer le fait que les filles sont sous diagnostiquées au regard des stratégies de compensation qu'elles mettent intuitivement en place - parfois la comorbidité peut masquer le TDAH - il y a autant de TDAH que de patients car ses manifestions sont différentes en fonction de chacun Ces raisons le rendent plus difficile à diagnostiquer.
Expert 65	Tableau à revoir / formulations
Expert 67	Enlever la virgule : " l'élimination des diagnostics différentiels, qui en fait la difficulté."
Expert 69	La recherche de chacun des troubles des apprentissages doit impérativement être faite. La recherche du TDI et du TSA également. Il va falloir aider les familles à trouver des professionnels (orthophoniste, ergothérapeute, neuropsy et psychomot) pour que le défaut de bilan ne soit pas une nouvelle façon de retarder le diagnostic de TDAH.
Expert 73	Ce qui nécessite souvent des bilans complémentaires avant de pouvoir faire le diagnostic définitif même si le diagnostic est clinique.
Expert 74	Même commentaire que précédemment. On joue un peu sur les mots car à l'instar de la très grande variabilité des données épidémiologiques dans le TDAH, un diagnostic par définition clinique qui repose essentiellement sur l'entretien clinique et éventuellement des questionnaires dont la fiabilité est discutable est par définition un diagnostic qu'on rend délicat ou périlleux à défaut de dire "complexe". La difficulté à définir ce qui relève d'un diagnostic différentiel vs d'une comorbidité, pour un facteur souvent identique, illustre d'ailleurs parfaitement cette complexité. Il peut sembler abusif de dire que le diagnostic de TDAH n'est pas complexe ; la nécessité de faire reconnaître son existence ne devrait pas inciter à considérer qu'il peut être "facilement" diagnostiqué, en regard de la subjectivité inhérente des critères et des facteurs qu'il recoupe, sans considérer l'impact des facteurs sociétaux et environnementaux qui sont très bien décrits dans l'argumentaire scientifique. Ces différents éléments (et ceux qui suivent) ne font qu'argumenter en faveur de la complexité de la démarche.
Expert 76	Avec quel recours ? Par ailleurs, la phrase "Le diagnostic de TDAH n'est pas complexe en lui-même" semble maladroite. Le risque de faire du TDAH un trouble répondant de façon arithmétique à quelques symptômes dont l'appréciation reste subjective, n'est pas souhaitable. Il favorise le recours à l'auto-diagnostic, le sur-diagnostic pour des professionnels ne respectant pas les recommandations et passant à côté d'un différentiel, ou le sous-diagnostic pour des patients dont les symptômes sont peu bruyants. Si les symptômes doivent être recherchés, ils doivent être aussi contextualisés, analysés, croisés par l'expertise d'un médecin spécialiste, sur l'appui préférentiel d'outillage pluridisciplinaire. Cela en fait un trouble suffisamment complexe pour qu'il nécessite une expertise et une prise en charge étayée.
Expert 85	C'est essentiel, mais ce n'est pas assez amené par le texte des reco jusque là, cf. nombreuses remarques au dessus. Il faut améliorer ce point.
Expert 86	Le tableau ne suffit pas. L'évaluation diagnostique complète doit impérativement comporter : - 1 WISC-V (neuropsychologue ou psychologue scolaire) - Puis un bilan des fonctions attentionnelles et exécutives (neuropsychologue) - Puis un bilan psycho-affectif (pédopsychiatre ou psychologue) - Puis un bilan des fonctions langagières et du graphisme (orthophoniste) Le diagnostic de TDAH n'est pas complexe mais il est multidisciplinaire. La méthodologie proposée est simpliste et entraînera de très nombreuses erreurs diagnostiques. Il est nécessaire de faire évoluer les pratiques en s'appuyant sur les données des neurosciences cognitives plutôt que d'adapter les recommandations à des pratiques non fiables. Je suis assez inquiet par la tournure de ces recommandations qui remettent en question la dynamique exigeante mise en œuvre au travers des PCO et du FIP... Les médecins correctement formés au TDAH (DIU TND) savent que les auto-questionnaires subjectifs (DSM, Conners, etc) ne sont ni sensibles ni spécifiques et que leur VPP/VPN est médiocre. On jurerait que les auteurs des recommandations ignorent les contenus des tests neuropsychologiques et leur règles d'interprétations c'est pourquoi ils n'en ont pas mentionné la pertinence à ce stade crucial du diagnostic initiale qui doit être suffisamment précoce mais aussi fiable. Au vu des données de la littérature internationale, la HAS ne peut pas valider de telles recommandations. Je ne vois pas de différence fondamentale avec les recommandations de niveau 1 parues en 2014. Or ici nous sommes au niveau 2 c'est à dire le médecin spécialiste du TDAH auquel s'adresse le médecin de premier recours. On est censé monter en niveau d'expertise+++
Expert 89	cf ma remarque ci-dessus

Plusieurs pathologies peuvent présenter des symptômes proches ou apparentés à ceux du TDAH. Ces diagnostics peuvent 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, une prise en charge propre à la comorbidité, en plus de celle du TDAH.

Le diagnostic de TDAH n est en effet pas exclusif et peut être associé à d'autres troubles. Il est cependant essentiel à poser car il implique des orientations thérapeutiques spécifiques.

Il est à noter que la plupart des troubles comorbides, c'est à dire associés au TDAH, peuvent également être des diagnostics différentiels c'est à dire des troubles pouvant présenter des symptômes proches du TDAH. Cela rajoute une complexité à la démarche diagnostique.

Des comorbidités sont fréquemment observées avec le TDAH. Ces comorbidités peuvent dégrader fortement le fonctionnement global de l'enfant et l'évolution du TDAH.

Recommandation 16

Lors du diagnostic il est recommandé de rechercher des comorbidités, qui seront réévaluer lors du suivi, et d'éliminer un diagnostic différentiel.

Il peut être difficile de conclure sur la nature différentielle (le TDAH n'est pas retenu comme diagnostic) ou associée (le TDAH est diagnostiqué en plus de comorbidités. Il convient donc d'être attentif à l'histoire développementale et à la chronologie des symptômes. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	14	69	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Attention à la faute d'orthographe : "qui seront réévaluées" et non réévaluer.
Expert 7	Vu le poids des facteurs génétiques dans les TND et la plupart des troubles psychiatriques, une recherche minutieuse des antécédents familiaux peut permettre d'orienter le diagnostic.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées.
Expert 16	D'autant plus pour l'association TDAH/TOP/TC
Expert 17	Orthographe : réévaluées

	Mettre "le TDAH est diagnostiqué en plus de troubles associés et de comorbidités" Les troubles associés étant les autres TND et les comorbidités, les pathologies associées
Expert 21	Et à la variabilité selon le contexte C'est pourquoi le diagnostic est complexe et mérite une formation ++++ Les profils cognitifs neuropsychos , les tests de reconnaissance des émotions sont utiles dans les cas complexes de diagnostic différentiel.
Expert 23	Peut-être plus se centrer sur le concept de handicap que sur la pathologie. En reprenant un modèle type MDH-PPH https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/
Expert 32	Préciser que le TDAH est rarement "pur" et le plus souvent associé à des comorbidités mais qiue l'important est d'en repérer les signes pour pouvoir le traiter.
Expert 35	Un TSA peut être écarté à l'âge de 3 ans et se révéler après les années de prises en soin, comme avéré à l'âge de 6/8 ans pour les bons niveaux cognitifs. Attention de ne pas avoir de diagnostic trop hatif du TSA qui en fait peut être un TDAH avec un trouble de la pragmatique en interaction en raison d'une impulsivité, agitation, manque d'attention écoute, trop forte.
Expert 39	Erreur de conjugaison : "...qui seront ré-évaluÉES"
Expert 44	Qui seront réévaluées
Expert 45	Réévaluées
Expert 46	Cela rajoute ajoute et non rajoute Le terme de comorbidité est de façon générale assez imprécis et inexact co occurrence ? troubles co-occurents ?
Expert 54	Sur la forme: qui seront réévaluÉES Il faut fermer la parenthèse en fin de phrase
Expert 61	Erreur orthographique : "qui seront réévaluées"
Expert 63	Vous avez oublié de refermer la parenthèse et de mettre un point à la phrase "(le TDAH est diagnostiqué en plus de comorbidités)."
Expert 65	Revoir la formulation "pathologies qui présentent des symptômes.." Oui, il faut aussi dire qu'il ne faut pas hésiter à réévaluer cliniquement l'enfant lorsqu'il y a des incertitudes sur le diagnostic positif ou différentiel. Il est aussi important de réévaluer les comorbidités ou signes associés une fois les symptômes de TDAH améliorés.
Expert 67	À corriger : "qui seront réévaluer lors du suivi" --> réévaluées
Expert 69	Évident
Expert 74	Très important en effet d'indiquer la difficulté qui consiste à déterminer la nature différentielle vs associée du TDAH, qui contribue probablement à alimenter la grande variabilité des données épidémiologiques.
Expert 76	Des réévaluations et consultations de suivi sont donc nécessaires. Proposer un calendrier ?
Expert 85	« Dans le doute, la réponse favorable à des éléments de prise en charge les spécifiques du TDAH sont un argument dans ce sens. »
Expert 89	seule la prise en charge des comorbidités (en particulier les autres TND) dans un premier temps permet souvent de conclure au diagnostic de TDAH ou de l'éliminer
Expert 90	Préciser que le DSM 5 rend le diagnostic de comorbidité difficile car le diag de TDAH est posable

Les principaux diagnostics différentiels et comorbidités sont précisés dans le tableau ci-dessous.

Recommandation 17

Voir Tableau : Principaux autres diagnostics (différentiels ou comorbidités) dans le Texte des recommandations.

Commentaires sur ce tableau

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	2	4	1	12	15	45	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.94	95.06

Expert	Commentaires
Expert 1	Les guidelines du CADDRA proposent des Symptômes ou signes non caractéristiques du TDAH qui peuvent être intéressants Les tentatives de définitions, les exemples de signes d'alerte et conseils sont imprécis, le manque d'exhaustivité et de précision risque de porter à confusion BEAUCOUP D'IMPRECISIONS dans le classement des autres TND et dans les "exemples de signes d'alerte et conseils" Classification TND selon DSM V : -TROUBLES DE LA COMMUNICATION : ---Trouble du langage : ne pas faire figurer "dysphasie" dans ce tableau ou noter "anciennement appelée dysphasie" ---troubles de la phonation ---trouble de la fluidité verbale (bégaiement) ---trouble de la communication sociale (pragmatique) A noter que le consensus international CATALISE a proposé une nouvelle classification des troubles "du langage de la parole et de la communication": *trouble du langage pour les profils de troubles langagiers sévères et persistants provoquant un impact fonctionnel à long terme dans la vie quotidienne et les apprentissages Au sein desquels on retrouve : les troubles développementaux du langage et les troubles du langage associés à une condition biomédicale *troubles des sons et de la parole (origine linguistique motrice ou physique) au sein desquels on retrouve dysarthrie, dyspraxie verbale, trouble articulatoire, déficit des structures oro faciales *troubles de la voix *troubles de la fluence *manque de familiarité avec la langue -TROUBLES SPECIFIQUES DES APPRENTISSAGES ---avec déficit en lecture (dyslexie) ---avec déficit de l'expression écrite (dysorthographie) ---avec déficit du calcul (dyscalculie) -TROUBLES MOTEURS ---trouble développemental de la coordination TDC (anciennement appelé dyspraxie) La dysgraphie est un symptôme pas un TND en soi ---TICS dont le syndrome de Gilles de la Tourette -TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME -TROUBLE DU DEVELOPPEMENT INTELLECTUEL -AUTRES TND SPECIFIES (exple TND associé à une exposition prénatale à l'alcool) OU NON Troubles spécifiques des apprentissages (à mettre en gras d'ailleurs) Dans les TROUBLES DE L'HUMEUR on retrouve : (alors que dans le tableau la depression n'est pas classifiée dans les troubles de l'humeur) -les troubles dépressifs -les troubles bipolaires -les Troubles disruptifs avec dysrégulation émotionnelle TDDE Rajouter l'alcool dans l'évaluation des consommations Il me semble également très important d'insister sur le fait que leur présence n'exclut pas un diagnostic

	de TDAH. Peut-être que des liens renvoyant aux études donnant des prévalences d'associations pourraient être bienvenus et ou des fourchettes de prévalence
Expert 5	Le tableau est imprécis : il faudrait préciser lorsqu'un diagnostic est potentiellement différentiel et/ou une comorbidité Exemple : Le Trouble développemental du Langage Oral : pourrait être précisé qu'il s'agit uniquement d'une comorbidité pouvant être fréquente (il n'y a pas d'atteinte du LO dans le TDAH). Idem pour les TICS et le SGT... Une colonne pourrait être ajoutée pour le préciser (comorbidité et/ou differentiel) : exemple dans les TND : - TDLO : comorbidité - Tr apprentissages : comorbidité, parfois retard d'apprentissage conséquence du TDAH - TDC : diagnostic différentiel et ou comorbidité - Tics et SGT : comorbidité - TSA : diag différentiel et ou comorbidité - TDI : comorbidité Il peut aussi être utile d'ajouter une colonne pour notifier des exemples d'éléments pouvant différencier 2 troubles (exemple le TOP il est bien noté que l'opposition ne fait pas partie du TDAH,(il peut être noté pour le TSA que les mouvements répétitifs et stéréotypés ne font partie du TDAH, que les difficultés sociales du TDAH sont plus en lien avec l'impulsivité, et l'aversion au délai qu'en lien avec la théorie de l'esprit, etc)
Expert 6	Est-il important que l'énurésie et l'obésité figurent dans ce tableau
Expert 11	Sur le fond : me semble décousu et incomplet Il serait plus lisible, pour chaque trouble, de présenter en qq mots la sémiologie classique, les symptômes spécifiques (non communs au TDAH), l'intrication avec le TDAH, les caractéristiques du trouble lorsqu'il s'associe à un TDAH Manquent les addictions comportementales (jeux vidéo, jeu de hasard et d'argent, alimentation, sexe) Dans le psychotraumatisme, il faudrait aborder les trauma complexes Troubles des conduites alimentaires à mettre comme item à part entière, avec anorexie, boulimie, mais aussi hyperphagie boulimique et "autres" Sur la forme Retirer majuscules à dysphasie et dyspraxie "maladresses particulières qui ne sont pas mieux expliquées"
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le syndrome des jambes sans repos est rare dans l'enfance d'après le DSM-5. Tout comme la narcolepsie (syndrome de Gélineau, généralement de constitution progressive à partir de l'adolescence). Diabète type 1 ou type 2 (qui est rare dans l'enfance)? L'hyperplasie congénitale des surrénales donne un tableau clinique assez éloigné du TDAH. Quelle est la prévalence dans l'enfance (forme tardive)? Ne devrait-on pas évoquer plutôt les pubertés précoces et les pubertés avancées?
Expert 16	La formulation "le trouble des interactions sociales" peut ressembler à des troubles attentionnels est peu claire pour moi. Il me semble que Le Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle devrait être mentionné. Cette question de la dysrégulation des émotions est particulièrement cruciale lorsqu'on considère les interventions cliniques auprès des parents, le retentissement du trouble. Sauf erreur il me semble que certains plaident pour l'ajout d'un sous-type TDAH avec dysrégulation des émotions pour une prochaine version du DSM.
Expert 19	1/ Il manque les troubles de la personnalité de CLUSTER B, en particulier le sous-groupe état limite, chez l'adolescent. La prise en charge précoce du TDAH peut-être source de protection, en permettant à l'adolescent de mettre en place des outils de compensation adapté. Le symptôme de dysrégulation émotionnelle peut-être une cause de faux positif de l'un ou l'autre des troubles et masquer la présence de cette comorbidité. Dans un souci de continuité de soin, une attention particulière peut-être recommandé aux professionnels dans le suivis. Source : 2/ Trouble des comportements sexuels à risques : Augmentation du risque de prostitution précoce.
Expert 21	Tableau a compléter: TOP et TDC: hostilité, faible sensibilité, agressivité, anxiété: agitation diminue au fil de l'entretien, conformisme, peu de prise de risque, excès d'inhibition, ponctualité, peu de blessures ou d'accident Pour le TSA: a développer pour faire la différence des troubles de l'attention qui relèvent du tSA vs. TDAH par exemple en lien avec la sensorialité ou les intérêts restreints.
Expert 22	Importance des évaluations en lien avec le sommeil +++
Expert 24	- Il faudrait rajouter pour le SGT : tics verbaux et moteurs chroniques complexes.

	- Dans "comportement à risque", rajouter l'alcool dans l'évaluation de la "consommation de tabac et cannabis". - Après la rubrique "Troubles anxieux", il parait indispensable de créer une rubrique "Troubles de l'attachement", ce qui peut être un diagnostic différentiel qui génère agitation et troubles du comportement notamment chez le jeune enfant.
Expert 26	Rajouter à comportements à risque :alcool ,protoxyde d'azote Dans dépression, il faut rajouter en dessous de trouble dépressif majeur ,le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, classé dans la dépression dans le DSM 5 Problème de plan: à partir d'obésité,il faut écrire dans la colonne de gauche ,les diagnostics qui suivent qui ne sont pas des troubles du sommeil Je propose de remplacer hyperplasie congénitale de surrénales par pathologie des glandes surrénales Syndrome génétique : aller à la ligne pour retard mental ,pour microdélétion 22q11 inutile de détailler la clinique de la NF1 ,cela n'a pas été fait pour les autres
Expert 31	Il serait pertinent de citer la recommandation de la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil (S.F.R.M.S) de 2023 sur les Parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent de moins de 16 ans ayant un trouble respiratoire obstructif du sommeil de type 1 (en PJ). P 25 du projet de recommandations, la clinique du SAHOS de l'enfant est centrée sur la ronchopathie ; toutefois, tout ronflement n'est pas un SAHOS et des enfants apnéiques peuvent ne pas ronfler. La précision des critères majeurs et mineurs du SAHOS serait pertinent, surtout devant le recouvrement diagnostique du SAHOS et du TDAH. La formulation "association de symptômes, en plus des ronflements, ..." est trompeuse car elle assimile ronchopathies et SAHOS Sur la narcolepsie, il serait pertinent de citer la prise de poids importante et rapide dans les début de la maladie, secondaire à la destruction des neurones à orexine.
Expert 32	Pour les Tics, ne pas utiliser le mot "stéréotypés" (trop connoté TSA) mais plutôt répétés et involontaires. Pour le S de Tourette, dire que les tics sont continus et variés depuis au moins 1 an, qu'un TDAH y est fréquemment associé
Expert 35	La partie sur la maltraitance vis à vis de l'enfant ne doit pas "être envisagé systématiquement" car cela peut entraîner des signalements à tort d'enfant ou adolescent très difficile à gérer dans le quotidien des parents surtout dans le cas des troubles sévères avec la comorbidité de TOP. (trouble d'opposition et de provocation) . Il semble plus adapté de se mettre d'abord en lien avec la famille, les professionnels de l'école et des loisirs de l'enfant.
Expert 38	Peut être rappeler que l'on peut cumuler les troubles (notamment avoir plusieurs diag parmi les diag différentiels)
Expert 44	OK avec contenu du tableau mais contenu à clarifier : mélange de signes cliniques permettant de faire le diagnostic positif et de signes aidant à faire le diagnostic différentiel
Expert 47	Dans la dernière ligne du tableau ("Syndrome génétique), pour une meilleure lisibilité et compréhension, il faudrait remonter "Maladie génétique [...] sur la même ligne que "Neurofibromatose de type [...]"
Expert 54	Le tableau me semble manquer de clarté. On a du mal à saisir s'il doit nous servir à faire attention au diagnostics différentiels, ou à repérer des troubles comorbides. Je pense qu'il serait préférable de faire deux tableaux, ou de différencier les troubles uniquement comorbides et ceux qui peuvent être comorbides ou faisant parti des diagnostics différentiels.
Expert 55	Dans le cadre du syndrome Gilles de la Tourette, le TDAH est très fréquent mais l'inverse n'est pas vrai, il n'y a pas plus de GdT chez des sujets TDAH (comorbidité unidirectionnelle). La recherche doit se faire dans le sens d'un GdT premier doit entrainer la recherche d'un TDAH. Gill, C. E., & Kompoliti, K. (2020). Clinical features of Tourette syndrome. Journal of child neurology, 35(2), 166-174.
Expert 61	- La terminologie propose plutôt de parler de "trouble développemental du langage (TDL, dysphasie)" plutôt que "Troubles du Développement du Langage : langage oral (Dysphasie)" (voir par exemple Gauld, C., Petit, N., Jurek, L., Fourneret, P. (2023). Troubles développementaux du langage. EMC Psychiatrie). - Le trouble des sons de parole est une catégorie diagnostique unique (retirer la virgule dans "Trouble des sons, de la parole")
Expert 64	Dans les troubles externalisés, manque le Trouble Explosif Intermittent Sur les comportements à risque, (consommations de SPA), insister sur cocaïne et amphétaminergiques. Question autour de l'anémie ferriprive (diagnostic associé ou différentiel ex. Iron deficiency and common neurodevelopmental disorders-A scoping review Scout McWilliams, Ishmeet Singh, Wayne Leung, Sylvia Stockler, Osman S Ipsiroglu

	Affiliations expand PLoS One. 2022 Sep 29;17(9):e0273819. doi: 10.1371
Expert 65	Tableau à revoir / formulations
Expert 66	- dans "autres TND": ajouter "Trouble de la pragmatique +/- associé à un trouble développemental du langage= difficultés de compréhension du second degré, des situations conversationnelles complexes, des codes sociaux sans argument pour un TSA - dans TDC: préciser qu'une composante visuo-spatiale des troubles praxiques doit être recherchée par un bilan neuro-visuel - SGT: tics évoluant depuis au moins 1 an - parmi les autres diagnostics, peut être ajouter de le trouble de l'attachement, la personnalité borderline se manifestant par un désintérêt pour les activités et/ou une dysrégulation émotionnelle - Dans SAOS: ajouter hypertophie adénoïdienne et/ou amygdalienne, voile hypotonique en contexte génétique (ie 22q1.1)
Expert 67	Ajout des difficultés attentionnelles qui peuvent être présentes dans l'anxiété et la dépression Harmonisation des exemples de signes d'alerte et conseils à améliorer. C'est assez complexe de s'y retrouver entre diag différentiel où l'on cherche à savoir ce qui est différent et diag de comorbidités. Tout est mélangé ici (par ex : comportements sexuels à risque = peut être une comorbidité/une conséquence du TDAH mais pas un diag différentiel ?) Possible de faire 2 tableaux ? Avec pour le diag différentiel : les signes caractéristiques qui peuvent se confondre avec le TDAH.
Expert 71	"Troubles du Développement du Langage : Langage oral (Dysphasie)" : Le consensus en milieu francophone s'est porté sur le terme "trouble développemental du langage" (traduction du Developmental language disorder issu du consensus international CATALISE), celui ci ne se limite pas à la dysphasie "Trouble des sons, de la parole, Dyspraxie verbale" la dyspraxie verbale fait partie des troubles des sons de la parole "de calcul et de raisonnement logico-mathématique" de cognition mathématique (NGAP) "Tics et Syndrome de Gilles de la Tourette" ne fait pas partie des TND
Expert 72	Je ne suis pas pédopsychiatre
Expert 73	Toute cette démarche diagnostique nécessite un temps de consultation long, avec un enfant présentant une agitation motrice au décours de la consultation fragmenter ces temps de consultation dédiés est nécessaire. Et à valoriser (une seule consultation repérage TND une fois sur un temps me paraît malheureusement difficile en libéral au vu du temps passé.)
Expert 76	Très complet.
Expert 84	La maltraitance vis à vis de l'enfant n'est pas un diagnostic ni différentiel ni comorbide. C'est un facteur environnemental qui peut contribuer à des comorbidités ou à l'aggravation du profil. A mentionner ailleurs que dans le tableau.
Expert 85	Ce tableau est essentiel mais en l'état il pose problème. Je peux comprendre qu'on fasse un tableau qui associe les principaux diagnostics coïncidents (comorbides) et/ou différentiels mais il me semble qu'il faut néanmoins maintenir une certaine structure hiérarchique : - les autres TND sont un diagnostic d'emblée associé, il s'agit du même processus pathologique, d'un TND multiple, ce n'est pas la même chose qu'un trouble des conduites ou qu'un trouble de l'usage qui sont au moins chronologiquement secondaires - les troubles psychopathologiques associés souvent secondaires - les troubles neurosensoriels - les épilepsies Par contre il me semble fondamentale de dissocier la question des diagnostics étiologiques sous-jacents qui ne sont pas des diagnostics associés ou co-morbides : dire qu'un TDAH survient comme séquelle d'une prématurité ce n'est pas une comorbidité, c'est un diagnostic étiologique. Idem pour le TDAH d'un X-fragile ou d'une délétion 22q11.2, ou d'une alcoolisation foetale. Enfin, il faut faire un sort à part aux diagnostics différentiels qui ne sont pas des TND, comme les intoxications (plomb, mercure) ou les apnées du sommeil par exemple : les symptômes sont proches mais ne sont pas développementaux et ils régressent largement avec le traitement de la cause.
Expert 88	Rajouter Tableau 2 en bas alcool (binge drinking) avec tabac et cannabis
Expert 89	Peut-être que ce tableau mérite une gradation dans les diagnostics, certains très fréquents (ex les autres TND en comorbidité, les TOP en diagnostic différentiel et/ou comorbidité...) d'autres très rares
Expert 90	quelques suggestions de modifications : Syndrome génétique à remplacer par "maladie génétique" Retard mental lié à l'X : était ce le syndrome du X fragile qui devait être cité (cf argumentaire) ? Sinon il faudrait mettre "Troubles du Développement intellectuel lié à l'X" mais ce n'est pas une entité

	diagnostique. Microdélétion 22q11 : à remplacer par " syndrome lié à la délétion 22q11 (ex Syndrome de Di George)" Microdélétion 15q11.2 (Prader-Willi/Angelman) : à remplacer par "Syndromes de Prader-Willi et Angelman" Syndrome de Williams : à remplacer par "Syndrome de Williams-Beuren (délétion 7q11.23) Neurofibromatose de type NF1 à remplacer par "Neurofibromatose de type 1 (NF1) Au total, j'aurais mis dans la case "maladie génétique" de ce tableau De nombreuses variations génétiques peuvent être responsables de TDAH avec toutes les modalités de transmission possible. Il conviendra donc d'être vigilants quant à des signes orientant vers une forme génétique syndromique ou non. Parmi les atteintes les plus fréquemment impliquées dans le TDAH, citons : le syndrome du X fragile, le syndrome lié à lé délétion 22q11 (ex Syndrome de Di-George), les syndromes de Prader-Willi et Angelman (quelle que soit leur origine génétique), le Syndrome de Williams-Beuren (Délétion 7q11.23), la Neurofibromatose de type 1 (variation ponctuelle de transmission autosomique dominante), ...

2.4.6 Spécificité du diagnostic chez le très jeune enfant (< 5 ans)

Recommandation 18

En cas de symptômes évocateurs d'un TDAH chez un très jeune enfant (. (Accord d'experts)

Cet avis spécialisé aura pour but de préciser le diagnostic et les interventions à envisager après avoir recherché les éléments de contexte du trouble, et après avoir éliminé les diagnostics différentiels. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	2	1	1	8	14	57	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.71	95.29

Expert	Commentaires
Expert 6	Probable vœu pieux car trouvez une équipe spécialisée s'avère dans la plupart des régions très compliqué
Expert 8	Qu'entendez-vous par "une équipe spécialisée du TDAH" ? est ce qu'on parle de professionnels en ville ? a l'hôpital ? évoluent-ils au sin d'une structure spécialisée ?
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le diagnostic avant 6 ans nécessite une parfaite connaissance des étapes du développement normal. La notion de phénotype global (TSA, TDAH, TOP, TC) s'impose. Le groupe de travail pourrait recommander la rédaction de RBP pour les PCO 0-7.
Expert 13	A part des cas très particuliers ou le comportement est très problématique dès le plus jeune âge, il

	semble bien délicat d'évoquer ce diagnostic. Peut-être insister sur un éventuel caractère "exceptionnel" d'un diagnostic de TDAH chez le jeune enfant de moins de 5 ans. Il s'agit d'éviter des sur-diagnostics possibles. Le diagnostic pourrait alors être réservé aux équipes spécialisées et non pas seulement à un médecin qui aurait suivi un DU ?
Expert 16	Parler d'évaluer les diagnostics différentiels plutôt qu'éliminer.
Expert 23	Pour les moins de 5 ans, il conviendrait de trouver un professionnel de santé réalisant de la guidance parentale. En passant par la PCO c'est très bien, l'objectif étant d'avoir un professionnel de santé pas trop loin du domicile ou accessible en visio.
Expert 27	cf mon commentaire de la question 3
Expert 29	Il serait utile de lister les centres de référence du TDAH ou de proposer un annuaire national des services spécialisés
Expert 32	Chez le très jeune enfant c'est rarement un TDAH typique et un pédopsychiatre généraliste devrait pouvoir s'en occuper sans forcément être un spécialiste du TDAH
Expert 35	La suspicion d'un TDAH peut être évoqué chez un enfant de moins de 5 ans dans des cas de TDAH sévères avec mise en danger de l'enfant et impulsivité et épuisement parentale, si TOP associé.
Expert 36	La rédaction est maladroite, particulièrement en ce qui concerne la nécessité d'une intervention précoce, d'autant que le terme "interventions" est repris dans la deuxième phrase Il vaudrait mieux commencer par " lorsque, à partir de symptômes pouvant évoquer un TDAH chez un très jeune enfant (< 5 ans), une intervention précoce est demandée par un professionnel de son entourage, il est recommandé d'orienter l'enfant vers une équipe spécialisée du TDAH. Concernant l'avis spécialisé, il vaut mieux envisager les diagnostics différentiels avant de "préciser" les différents parcours de soins (plutôt qu'interventions) pour une suspicion de TDAH
Expert 38	Ok sur le principe mais au vu des délais il a une forte probabilité d'être vu après ses 6 ans donc peut être voir si possibilité d'avoir un avis ou des prises en charge en attendant l'avis spécialisé
Expert 41	Nécessité pour les médecins de premiers recours d'avoir un annuaire numérique des personnes ressources à contacter pour adressage de l'enfant.
Expert 43	C'est important mais aussi, comme précisé, il est essentiel de tenir compte de l'âge de l'enfant et d'observer son évolution ; l'orientation vers une équipe spécialisée, difficile à trouver, peut s'avérer prématurée et anxiogène pour aboutir à l'absence de TDAH. Peut-être qu'une orientation plus simple dans un premier temps (CAMSP, pédiatre parex) pourrait être suffisante.
Expert 44	Équipe spécialisée dans le TDAH Attention à uniformiser le terme utilisé dans le texte: médecin spécialisé dans le TDAH (ou médecin spécialiste du TDAH)
Expert 45	Équipe spécialiste du tdah, perte de temps Il faudrait adresser via des plateformes type PCO pour des soins précoces, le diagnostic formel peut attendre les 6 ans puisque le ttt médicamenteux n'est pas préconisé avant
Expert 46	Très jeune enfant (< 5 ans), ceci n'est pas très jeune .. jeune devrait suffire et après avoir éliminé les diagnostics différentiels. après avoir identifié ? émilien fait très néphrologie
Expert 49	Orientation vers la PCO
Expert 52	Quelle est l'accessibilité des équipes spécialisées du TDH sur l'ensemble du territoire ?
Expert 55	Conformément aux recommandations de 2014, il semble tout autant opportun d'orienter au plus tôt vers des soins visant une approche préventive et dans un second temps d'appréciation de l'évolution de la symptomatologie, orienter au besoin vers une équipe spécialisée qui est rare et avec des temps d'accès pouvant être importants.
Expert 62	Attention toutes les PCO ne vont pas jusqu'a 12 ans ! Sur Montpellier cela s'arrête a 7 ans et il y a donc un vide passé cet âge IL faudrait s'assurer que le développement des PCO soit uniforme Les dossiers doivent être rempli par un médecin spécialisé => les généraliste souvent refusent ! et les rdv chez le pédopsy sont avec des délais de plusieurs mois .. Donc on perd beaucoup de temps
Expert 65	Il faudrait pour cela que les équipes spécialisées dont il est question (qui ne sont pas labellisées sauf exception) soient accessibles et identifiées et financées. La tenue de RCP est utile dans ce type de situations pour éviter des adressages et des intervenants multiples et préparer/flécher les indications d'adressage. Quel est le rôle des PCO dans le diagnostic du TDAH avant 6 ans ? Que sont les éléments de contexte du trouble ? texte peu clair.. Dans le texte de la recommandation il n'est pas question de la PCO..mais de l'équipe spécialisée du TDAH. Ces équipes pour le moment ne sont pas structurées ni financées spécifiquement..

Expert 69	Il n'y a pas d'équipe spécialisée du TDAH. Cela reviendrait à envoyer la famille dans le mur et en faire une balle de ping pong. Il faut former rapidement et efficacement les pédiatres et pedopsy. PCO : Pour le TDAH, ce n'est pas une bonne idée. Ils ne savent pas diagnostiquer un TDAH et encore moins utiliser les traitements adéquats. Ils renvoient sur le généraliste qui n'y connaît rien non plus. L'enfant y perd un temps précieux.
Expert 73	Concrètement une équipe pluridisciplinaire avec un temps d'observation et de suivi sur plusieurs semaines (CAMPS, CMP)
Expert 74	Il conviendrait d'indiquer ce qu'on entend par équipe spécialisée du TDAH, probablement équipes de niveau 2 et/ou de niveau 3.
Expert 76	Préciser une équipe spécialisée ? Niveau 2 et 3 ? Il serait intéressant de parler de parcours de coordination qui accompagne et suit l'évolution de l'enfant sur une période de moyenne/longue durée. Dans le cadre des TND, et notamment du TDAH, le développement et la réponse de la prise en charge sur l'expression des symptômes sont indispensables pour un diagnostic assuré et la diminution de risque de comorbidités. Nécessité d'intégrer le médecin traitant au sein de ce parcours.
Expert 77	"une équipe spécialisée du TDAH". Pas clair en dehors de la faute de français. niv 2? niv3? Niveau 2 pratiquant des thérapies spécifique? équipe pluridisciplinaire? Par ailleurs pour le texte en dessous la PCO s'arrêtent à 7 ans à ma connaissance.
Expert 79	Démarche relative en fonction de l'intensité des retentissements (à précéder des questionnaires cités précédemment, dans les lieux de vie et d'observations d'autres intervenants dans une démarche graduée et développementale)
Expert 88	"Ces plateformes concernent les enfants de 0 à moins de 7 ans, voire; dans certaines départements les enfants de 0 à 12 ans."
Expert 89	La prise en charge est indispensable rapidement Mais attention à ne pas porter un diagnostic (étiquette!!) trop vite
Expert 90	La 2e phrase laisse entendre que l'avis spécialisé passera après l'élimination des diags différentiels : à formuler différemment ?

Dans le cadre du repérage du trouble, il est rappelé que depuis 2019, tout enfant, dès son plus jeune âge, pour lequel on suspecte un trouble du neurodéveloppement (TND) peut être orienté vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO).
Ces plateformes concernent les enfants de 0 à 12 ans, avant même qu'un diagnostic ne soit posé, si l'on a repéré un écart de développement. Leur rôle est d'évaluer, de proposer une prise en charge et de coordonner le parcours de l'enfant en fonction de ses besoins et dans le respect des souhaits de la famille.

2.4.7 Place des bilans complémentaires

A ce jour, il n'existe pas d'examen complémentaire spécifique du diagnostic de TDAH.
Cependant, les examens neuropsychologiques permettent d'objectiver les ressources cognitives et certaines atteintes des fonctions cognitives sous-jacentes aux symptômes, chez un grand nombre de patients TDAH, bien que des résultats dans la norme ne permettent pas d'exclure complètement la possibilité d'un TDAH.
Le constat de l'altération de fonctions cognitives comme l'attention, la mémoire, ou les fonctions exécutives, permettra de mieux envisager le plan de soin. Il apportera aussi une meilleure compréhension du fonctionnement et des difficultés qui y sont liées.
Ces bilans doivent s'appuyer sur des outils normés, c'est-à-dire permettant de quantifier les compétences et le niveau de développement de l'enfant par rapport à ce qui est attendu en déviation standard.

Expert 65	Les fonctions cognitives ne sont pas sous-jacentes aux symptômes, toutes les données disponibles indiquent que les corrélations sont faibles et qu'il s'agit probablement de niveaux assez diatincts.
Expert 85	L'expression « bilan complémentaire » est trop floue. De quoi parle-t-on ? Des explorations cognitives (neuropsychologiques, langagières…?) ou d'éventuelles explorations étiologiques ? Ce sont deux questions différentes et légitimes. C'est très imprécis comme formulation. Dans la deuxième partie de la phrase on sous entend « des résultats

	dans la norme aux tests attentionnels standardisés ». Formulation lourde, enlever 'complètement la possibilité d''… Tout cela n'est pas clair… « Les explorations cognitives standardisées (psychométriques, neuropsychologique, langagière, praxiques…) ne sont pas nécessaires en soi au diagnostic de TDAH qui reste clinique ou in fine synthétique, mais ces explorations sont souvent justifiées pour compléter la démarche diagnostique du fait de la fréquence de TND associés au TDAH, ou pour mieux préciser le profil d'atteinte exécutive (planification, mémoire de travail, domaine verbal ou non verbal préférentiel…). Par ailleurs, les explorations neuropsychologiques peuvent aider à caractériser un déficit attentionnel sans hyperactivité et peu impulsif que la clinique n'aurait pas bien identifié. »

Recommandation 19

Le bilan neuropsychologique n'est pas un examen nécessaire pour poser le diagnostic de TDAH.

En présence de plusieurs troubles associés, ou d'une suspicion de TDI ou de symptômes sévères, il est recommandé de disposer d un bilan neuropsychologique, pour établir un plan de soin. (Accord d'experts)

En dehors de ces situations, il est recommandé de disposer d un examen neuropsychologique au cours de la prise en charge d un enfant ou d'un adolescent avec TDAH. (Accord d'experts)

Médiane : 8

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	2	5	6	8	10	14	38	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	**11.63**	**88.37**

Expert	Commentaires
Expert 1	Le bilan neuropsychologique n'est pas un examen nécessaire pour poser le diagnostic de TDAH c'est certain et bien plus qu'un accord d'experts En revanche je trouve que la formulation est maladroite (manque de connecteurs entre les phrases?) 1: en revanche, néanmoins ... Et ensuite expliquer pourquoi il serait recommandé de disposer d'un bilan npsy puisque 2 lignes avant on dit qu'il n'est pas nécessaire (identification des forces et des faiblesses dans les fonctions cognitives/exécutives/comportementales, recherche de comorbidités, pour orienter la prise en charge) Les recommandations ne vont pas dans le sens de la 3ème affirmation en dehors des situations complexes
Expert 6	Je ne comprends pas la recommandation Le bilan neuropsychologique n'est pas indispensable mais il serait bien d'ajouter qu'il peut être utile Je ne comprends pas la 3e phrase, et je la conteste. Si le bilan neuropsychologique n'est pas indispensable comme dit au début, a quoi sert-il au cours de la prise en charge ?

Expert 8	Est ce que le WISC fait parti des bilans indispensables ? et un bilan attentionnel ? car là encore, de mon expérience terrain, le WISC et le bilan attentionnel ont toujours été réalisés alors qu'il s'agit de bilans coûteux et non remboursés. Si ceux-ci ne sont pas indispensables il serait bon que les parents le sachent pour s'éviter des frais inutiles
Expert 11	Les 2ème et 3ème point me semblent contradictoires. A mon sens : bilan neuropsychologique recommandé en cas de troubles associés ou de complications pouvant modifier l'expression du trouble à des fins diagnostiques, mais aussi en amont d'une prise en charge cognitive. En dehors de ces situations, l'examen neuropsychologique n'apparaît pas indispensable. Forme : Spécifique au TDAH ; supprimer « TDAH » après « un grand nombre de patients TDAH » puisque l'évaluation neuropsychologique contribue justement au fait que l'on retienne ou non ce diagnostic.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Il n'est pas précisé les tests que regroupe un "bilan neuropsychologique". La plupart des psychologues réalisent un WISC-5, un TEA-CH ou une BRIEF. Il est impératif de souligner que des tests projectifs (figuratifs ou non) ne doivent pas être utilisés pour le diagnostic du TDAH.
Expert 13	Un bilan neuropsychologique complet (incluant mémoire, attention, fonctions exécutives et échelle d'intelligence) est très couteux et très long (4 ou 5h). Donc c'est une charge pour tout le monde, la famille et l'enfant. Il doit sans doute être adapté (une échelle d'intelligence seule permet d'exclure le TDI et de montrer des points faibles, le bilan de l'attention est assez souvent non concluant car peu sensibles chez les jeunes enfants - 8/9 ans). L'idée principale est surtout de mesurer les points faibles pouvant impacter les résultats scolaires. S'il n'y a pas de situations d'échec scolaire bien remarquée, le bilan neuropsychologique n'est sans doute pas nécessaire.
Expert 14	Les propos sont complètements contradictoires. Il convient de détailler le rôle du neuropsychologue, du contenu des bilans, de son intérêt et de se que on y recherche. Et en rappel de privilégier les aspects cliniques du TDAH. De poser des hypothèses ! En quoi un suivi neuropsychologique aura un intérêt ? En rappel les bilans tests attentionnel, tests de QI ne sont pas valident pour orienter les soins dans le cadre d'un TDAH, ni des indicateurs de TDAH : consensus 2021!
Expert 16	Je corrigerais la dernière phrase en indiquant "adolescent avec un diagnostic posé TDAH". Rappeler qu'il n'est pas non plus indispensable pour débuter la prise en charge (ce qui m'a déjà été rapporté par des patients).
Expert 20	Le corps du chapitre me parait clair. Peut-on juste rappeler qu'il n'existe pas de test normé avant l'âge de 6 ans pour les fonctions attentionnelles ? En revanche, la formulation de la recommandation me gêne. Peut-on la modifier pour dire que "Le bilan neuropsychologique n'est pas un OUTIL INDISPENSBALE pour poser le diagnostic de TDAH".
Expert 21	Pas très clair: Le bilan n'est pas nécessaire pour le diagnostic qui est clinique ++++. En revanche pour les formes complexes avec des diagnostic différentiels compliqués ça peut être utile. Attention à tenir compte des possibilités locales d'avoir accès à ce type de bilans. Pour le suivi vu le niveau de preuves de l'efficacité de la remédiation: ne pas trop insister sur le bilan.
Expert 23	Je mets en avant l'intérêt d'un bilan en ergothérapie pour le diagnostic du TDAH et principalement sur les critères des conséquences du TDAH dans le quotidien. https://occupationaltherapy2012.files.wordpress.com/2012/03/s51.pdf Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Survey on the Level of Involvement and Training Needs of Therapists Sidney Chu 2003 Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 1: A Delineation Model of Practice Sidney Chu, F. Reynolds 2007 https://bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/1987/1/Article_CHU_Pt1.pdf Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 2: A Multicentre Evaluation of an Assessment and Treatment Package Sidney Chu, F. Reynolds 2007 https://bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/1986/1/Article%20OT%20for%20Children%20with%20ADHD%20Part%202.pdf
Expert 24	Formulation de la dernière phrase pas très claire et pouvant apparaitre comme contradictoire avec la première phrase. Peut-être faudrait-il préciser : "En dehors de ces situations, un examen neuropsychologique peut être indiqué afin de répondre à une question clinique : ex : réévaluer la situation, d'aider à l'orientation éventuelle des enfants et de redéfinir un nouveau plan de soins."

Expert 26	En pratique, les enfants que nous voyons en consultation ont le plus souvent des troubles sévères ou des troubles associés (troubles des apprentissages).par ailleurs confirmer une suspicion de TDI ou de haut potentiel est nécessaire (ces derniers ont des fonctionnements spécifiques à prendre en compte) Pour ma part, je demande au minimum une évaluation psychométrique à l'aide de l'échelle Wechsler, qui permet aussi parfois de découvrir une dissociation du QI orientant vers un trouble du langage ou un TDC non suspecté jusqu'ici, l'interrogatoire des parents n'étant pas toujours fiable et on ne dispose parfois d'aucun bilan préalable En même temps vous dites qu'il faut disposer d'un bilan neuropsychologique au cours de la prise en charge ? pourquoi pas au début ?
Expert 27	La formulation me parait à revoir... Aucun test neuropsychologique ne permet, à lui seul, de poser le diagnostic de TDAH qui reste, avant tout, clinique. Pour autant, un bilan neuropsychologique peut s'avérer utile pour préciser le profil cognitif de l'enfant, surtout en cas de suspicion de TDI, pour rechercher d'autres troubles associés, ou enfin, pour établir le plan de soin en cas de symptômes sévères.
Expert 31	Il semble indispensable de faire un point sur la différence entre évaluation de la performance et évaluation des mesures comportementales : Les mesures basées sur la performance évaluent la performance optimale de l'enfant dans un environnement extrêmement structuré dans lequel l'examinateur fournit des instructions et des directives précises. Ainsi, les résultats obtenus par ces mesures peuvent ne pas être représentatifs du fonctionnement quotidien de l'enfant, ce qui peut conduire à une détection inadéquate des déficits des fonctions exécutives (FE). Les mesures comportementales évaluent la performance typique de l'enfant en évaluant sa capacité à poursuivre des objectifs dans des situations non structurées, ce qui peut fournir une description plus précise des capacités des FE de l'enfant. Des preuves convergentes permettent de conclure que les mesures des fonctions exécutives basées sur la performance et celles basées sur la notation évaluent des aspects différents des fonctions exécutives. L'administration, les exigences de la tâche et la notation de ces domaines de mesure sont différentes et saisissent différents niveaux d'analyse cognitive Les mesures basées sur la performance donnent une indication de l'efficacité du process (l'esprit algorithmique). Les mesures d'évaluation donnent une indication de la poursuite des objectifs individuels (l'esprit réflexif). On retrouve des associations très faible à modeste entre les mesures des fonctions exécutives basées sur la performance et les mesures d'évaluation. Une implication importante est qu'il ne faut pas présumer que les mesures des fonctions exécutives basées sur la performance et les mesures d'évaluation capturent le même niveau d'analyse, le même processus sous-jacent ou le même substrat neuronal. Ces mesures ne doivent pas être utilisées de manière interchangeable comme mesures parallèles des FE dans les évaluations cliniques. Les deux domaines d'évaluation sont utiles et précieux, mais ils fournissent différents types d'informations dans le contexte de l'évaluation clinique. Quels est donc les intérêts de réaliser les explorations de performance ? (1) Compte tenu de l'environnement structuré dans lequel les évaluations sont généralement effectuées, les mesures basées sur la performance pourraient fournir des informations concernant la performance optimale de l'enfant dans un environnement organisé et contrôlé => Conduit à l'établissement de recommandations individuelles sur les stratégies et les adaptations qui peuvent être employées quotidiennement, tant à l'école qu'à la maison, pour fournir plus de structure et donc faciliter l'accomplissement des tâches et renforcer ou éteindre des comportements spécifiques. (2) Si, même dans des contextes très structurés, l'enfant révèle des difficultés au niveau des fonctions exécutives, l'évaluation neuropsychologique recourant à des mesures basées sur la performance fournira des informations sur son profil de FE et pourra guider la formulation d'un plan d'intervention adapté aux caractéristiques propres de l'enfant et ciblant des domaines spécifiques de déficience. La capacité des mesures comportementales à détecter les difficultés des FE supplante les mesures basées sur la performance car elles présentent des niveaux élevés de validité écologique. Ces mesures sont hautement prédictives d'un diagnostic de TDAH et peuvent, par conséquent, être considérées comme une base de l'évaluation neuropsychologique. Cependant, ces questionnaires ne sont pas exempts de limites, car ils dépendent de l'opinion subjective des parents et des enseignants. De plus, d'un point de vue plus pratique, il est très difficile de faire accepter un dossier MDPH pour TDAH sans bilan neuropsychologique ; or dans un grand nombre de situation, l'obtention de l'AEEH et de l'AESH sont des étapes indispensables dans la prise en charge des enfants.
Expert 32	On peut demander un bilan psychologique (pour éliminer TDI ou T des apprentissages) mais il ne peut être obligatoire pour faire elle diagnostic. De même le bilan neuropsychologie est utile en complément mais non nécessaire ou obligatoire pour le diagnostic et le suivi (c'est cher pour les familles et prend trop de temps à l'hôpital)

Expert 35	Pour effectuer le diagnostic de TDAH, il est essentiel d'avoir l'avis médical des médecins formés en TDAH , mais aussi un bilan neuropsychologique cognitif complet essentiel pour déterminer les déficits en attention, fonctions exécutives (planification, inhibition, flexibilité mentale) , et résumant si besoin les conclusions des questionnaires du quotidien des différents milieu de l'enfant ou adolescent (famille, école) . Un bilan cognitif (Quotient intellectuel global, QI de performance, mémoire, vitesse de traitement, QI verbale, QI non verbal, de raisonnement perceptif, afin de mieux estimer comment le jeune va pouvoir compenser son TDAH à l'école, et à la maison. D'autres part, beaucoup de professeurs actuellement refusent de mettent en place les PAP, tant que ces bilans neuropsychologiques n'ont pas été faits. Le diagnostic du médecin ne suffit pas toujours aux écoles, même s'il devrait être suffisant car il manque trop de médecins actuellement formés au TDAH et accessible sous 6 mois pour des demandes d'examen et de diagnostic si besoin, selon les régions, alors que le neuropsychologue est accessible plus rapidement. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0035378722000820 Revue Neurologique Volume 178, Supplement, April 2022, Page S154
Expert 37	Il est clair que le diagnostic du TDAH ne peut pas reposer exclusivement sur les résultats des tests neuropsychologiques. Le diagnostic doit reposer comme évoqué plus dans haut dans ce document sur les données cliniques. Cependant dans certains cas, les données cliniques ne sont pas fiables. Il peut y avoir des biais lors de l'entretien clinique, notamment un biais de subjectivité (de la part des parents, des enseignants par exemple). Dans cette configuration, en cas de sérieux doute sur les données cliniques d'une source d'information principale (par exemple les données cliniques issues du milieu familiale ou scolaire) le diagnostic peut être entravé, le bilan neuropsychologique peut être alors utile en complément pour porter le diagnostic.
Expert 39	Bien qu'un bilan ne soit pas suffisant pour poser un diagnostic de TDAH, il semble essentiel à la compréhension globale de l'enfant et pour établir un plan de prise en charge fin et précis. Apporter une précision particulière sur la nécessité de l'utilisation d'échelles validées scientifiquement et aux qualités psychométriques satisfaisantes. De même, l'intérêt de réaliser un bilan complet, qui prenne en considération le fonctionnement émotionnel, de personnalité et toutes les comorbidités (estime de soi, troubles psychopathologiques, en plus de l'évaluation du fonctionnement cognitif, de l'attention et des fonctions exécutives. Les bilans neuropsychologiques sans échelles psychopathologiques sont souvent trop peu représentatifs du fonctionnement global des enfants présentant un TDAH et ne suffisent souvent pas à étayer un plan de prise en charge. Il me paraît également important que soit précisés que les tests projectifs (Rorschach et CAT notamment), du fait de qualités psychométriques peu élevées, ne sont pas pertinents pour l'établissement du diagnostic du TDAH. Enfin, il paraît opportun d'insister sur l'importance de confirmer le diagnostic clinique du TDAH par des évaluations standardisées et validées scientifiquement.
Expert 43	Je pense qu'il est important d'insister sur ce point ; trop de familles déboursent des sommes d'argent importantes pour des bilans neuropsy dans le cadre d'un diagnostic de TDAH, ce qui n'est pas la même chose que d'en demander un pour l'évaluation des fonctions cognitives permettant la mise en place d'adaptations scolaires ou autres.
Expert 45	Formulation peu claire, ça serait plus simple de préconiser un bilan systématique
Expert 46	Disposer d'un examen neuropsychologique suffisamment récent (moins de deux ans) Cet examen doit comporter au minimum un WPPSI WISC ou WAIS selon l'âge réalisé dans de bonnes conditions par un professionnel expérimenté (psychologue clinicien) Bilan neuropsy : fortement conseillé et un ou plusieurs, répétés dans le temps, tous les trois ans par exemple) il s'agit d'un trouble développemental !
Expert 47	TDI étant un acronyme peu connu, il conviendrait pour la bonne compréhension du texte et sa lisibilité de le détailler (bien qu'il soit décrit dans la liste des abréviations). Je suis professionnelle de santé et pourtant je ne connaissais pas cet acronyme.
Expert 55	p36 des recommandations HAS de 2014, le paragraphe suivant indiquait clairement le rôle du psychomotricien comme professionnel de premier recours, on ne le retrouve pas dans cette nouvelle version : "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. "

Expert 59	Examen neuropsychologique couteux et non spécifique
Expert 60	Le bilan neuropsychologique s'il n'est pas indispensable pour poser le diagnostic de TDAH parait nécessaire pour la prise en charge et permettre en particulier une orientation scolaire adaptée aux compétences cognitives. Il ne devrait jamais y avoir d'orientation scolaire (Ulis, Segpa, filières courtes) sans bilan neuro-psychologique. Le propre du TSLA et d'altérer la capacité à exprimer un potentiel cognitif. Il faut donc évaluer ce dernier et préciser le fonctionnement. Il faut donc avoir un Wisc-V de qualité et si possible des tests évaluant les fonctions exécutives et attentionnelles.
Expert 61	Cette recommandation pourrait être plus claire et explicite. La première proposition pourrait être reformulée ainsi : "Le bilan neuropsychologique est utile pour étayer le diagnostic de TDAH mais ne constitue pas un examen indispensable".
Expert 64	Le bilan neuropsychologique peut être considéré non pas comme un bilan nécessaire au diagnostic mais un bilan fonctionnel ; donc utile dans la conduite des soins
Expert 65	Oui en ce qui concerne les recommandations mais plus haut dans le texte, vous mentionnez les fonctions cognitives "sous-jacentes aux symptômes ; or la corrélation entre symptômes cliniques et les performances cognitives est faible.cf ref du pdf commenté
Expert 66	Le bilan neuropsychologique peut être proposé en cas de plainte clinique mais avec bons résultats scolaires afin de mettre en évidence les mécanismes de compensation
Expert 67	Ajout : "Le bilan neuropsychologique n'est pas un examen nécessaire pour poser le diagnostic de TDAH." Toutefois, il peut aider dans cette démarche en cas de diagnostic complexe. "En dehors de ces situations, il est recommandé de disposer d'un examen neuropsychologique au cours de la prise en charge d'un enfant ou d'un adolescent avec TDAH. " --> quel serait le but de cet examen ? à préciser.
Expert 69	La PCO n'est absolument pas une bonne idée. La PCO, c'est de la poudre aux yeux. Inefficace et sans courage. Incapable de prescrire un traitement ou de poser un diagnostic. Le bilan neuropsychologique est nécessaire au même titre que le bilan d'orthophonie et d'ergothérapie. Ni plus, ni moins.
Expert 71	"En dehors de ces situations, il est recommandé de disposer d'un examen neuropsychologique au cours de la prise en charge d un enfant ou d'un adolescent avec TDAH. (Accord d'experts)" Pour quelles raisons s'il n'est pas nécessaire au diagnostic et qu'il est préconisé "En présence de plusieurs troubles associés, ou d'une suspicion de TDI ou de symptômes sévères, il est recommandé de disposer d'un bilan neuropsychologique, pour établir un plan de soin. (Accord d'experts)"
Expert 72	"En présence de plusieurs troubles associés, ou d une suspicion de TDI ou de symptômes sévères, il est recommandé de disposer d un bilan neuropsychologique, pour établir un plan de soin. En dehors de ces situations, il est recommandé de disposer d un examen neuropsychologique au cours de la prise en charge d un enfant ou d un adolescent avec TDAH." En quoi le bilan neuropsychologique permet de mettre en place un plan de soins? Le seul intérêt selon moi serait en cas de mise en place de remédiation cognitive, mais cela ne fait pas partie de la routine de soins actuellement, et l'évaluation scientifique n'est encore bien clair. J'ai peur que demander un bilan neuropsychologique soit contraignant dans beaucoup de territoire, et en pratique, il n'est fourni ici aucun argumentaire pour montrer en quoi cela sert à quelque chose. Pourquoi la place du bilan NP n'est pas similaire à celui des autres bilans dessous (orthophonistes...), cad selon les points d'appel cliniques?
Expert 74	Il est hautement discutable voire dangereux de considérer qu'un bilan neuropsychologique n'est pas un examen nécessaire pour poser le diagnostic de TDAH et qu'il est recommandé uniquement en présence de plusieurs troubles associés, ou d'une suspicion de TDI ou de symptômes sévères. On a l'impression ici que le bilan neuropsychologique se limite à l'administration de tests visant les ressources cognitives (les aspects psychoaffectifs semblent d'ailleurs avoir été omis de l'équation !): un bilan neuropsychologique associe entretien et observations cliniques, tests basés sur la performance et indicateurs de vie quotidienne. S'il est bien réalisé, il doit donc permettre de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse diagnostique en adoptant une approche globale et intégrative des capacités et des troubles de l'enfant, dans son contexte de vie. Au passage, les experts insistent à plusieurs reprises sur la nécessité -légitime- de s'appuyer sur des outils normés, mais oublient de manière déterminante de préciser qu'un test normé qui n'est pas validé dans la culture d'appartenance de l'enfant n'aura que peu d'utilité ou sera tout aussi peu fiable qu'un test non normé ! Les données de la psychologie interculturelle y compris en neuropsychologique ont déjà montré le risque de faux-positif ou de faux-négatif majeur de ce type d'outils. Autrement dit, il n'est pas cohérent sur le plan scientifique et clinique de dire que le bilan neuropsychologique n'est pas nécessaire. On peut indiquer qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est fortement recommandé, dans tous les cas de figure si on suit la logique scientifique et clinique qui

	prévaut dans le diagnostic du TDAH. Soyons cohérents : si le TDAH est un trouble des fonctions exécutives, alors il n'y aucune logique à ne pas prévoir une évaluation de ces processus, laquelle doit évidemment être menée selon les recommandations dans ce domaine, donc via une évaluation neuropsychologique, à condition de tenir compte des préconisations et connaissances scientifiques et méthodologiques sur le sujet, ce qui semble avoir échappé à l'argumentaire ici (cf document de synthèse proposé par ailleurs). Dit encore autrement, si l'enfant présente bien un TDAH, par définition il présentera des troubles du contrôle exécutif/attentionnel qui impacteront sa vie quotidienne, à condition de se donner tous les moyens d'investigation complémentaires recommandés dans ce domaine, dans l'intérêt de l'enfant. De la précision du diagnostic neuropsychologique fonctionnel dépendra la mise en œuvre des aménagements les plus adéquats, au cas par cas (y compris d'ailleurs si le diagnostic de TDAH n'était pas retenu).
Expert 76	Recommandation qui paraît en contradiction avec l'ensemble de la présentation de ce travail. Il permettrait pourtant de faciliter le recueil anamnestique, l'évaluation du développement cognitif, psychoaffectif et social, et rechercher la présence de comorbidités naissantes ou présentes. Autant d'objectifs qui sont attendus en 2.4.1 par un entretien avec les parents et l'enfant. Loin de devoir être systématique, la présence de l'examen neuropsychologique pourrait tout à fait apparaître dans le chapitre 2.4.8, tel un recours pouvant outiller le médecin pour le diagnostic, mais aussi et surtout pour la mise en place des aménagements et prise en charge de premier recours, ce qui est le cas dans de nombreux pays anglo-saxons et européens. D'autant plus si l'intérêt de ces recommandations est de viser leur faisabilité. Puisque le diagnostic est purement clinique, nous comprenons qu'aucun examen n'est strictement nécessaire pour la pose diagnostique (au même titre que des examens biologiques, en neuroimagerie, ou les outils cités en 2.4.8). Pour rappel, le bilan neuropsychologique, lorsqu'il est réalisé de façon experte (c'est-à-dire par un neuropsychologue spécialisé chez l'enfant), permet d'évaluer le fonctionnement cognitif et psychoaffectif en lien avec le contexte développemental de l'enfant. Attention à ne pas amalgamer le recours au neuropsychologue à la passation simple de tests systématiques. Pour rappel, les outils de l'examen neuropsychologiques sont : - en priorité un entretien anamnéstique approfondi qui revient sur l'ensemble du développement pré et post natal puis durant l'enfance, recueillant des données de l'enfant, des parents et des enseignants. - C'est cet entretien qui va permettre, de façon hypothético-déductive, de choisir des outils basés sur la performance ou des échelles de vie quotidienne, afin d'évaluer l'enfant sur le plan cognitif et psychoaffectif, en le confrontant à son propre profil ainsi qu'à celui des autres enfants de son âge ayant un développement normatif. Le recours à ces outils doit être éclairés, s'appuyer sur des référentiels valides, normés et scientifiques. L'objectif de ce bilan étant d'interroger la présence d'un trouble différentiel dont l'allure comportementale orienterait vers un TDAH ou la présence de comorbidité cognitive ou psychoaffective. Mais ce bilan permet également d'aider à hiérarchiser les prises en charge, en rendant compte des troubles les plus aigus qui n'ont pas toujours de traduction comportementale directe. Il permet en outre d'outiller l'école (et les professionnels paramédicaux) sur les dispositifs les plus adéquats, selon le profil de l'enfant, d'autant plus que les atteintes neuropsychologiques (attention, fonctions exé) ne sont pas toujours homogènes dans le cadre du TDAH. Il est à noter qu'en pratique, cette recommandation n'est pas en cohérence avec les attentes des MDPH pour des ouvertures de droits et de dispositifs qui réclament souvent un bilan cognitif par un neuropsychologue, indépendamment du diagnostic. Cela favorise aussi l'inégalité d'accès aux soins en France, car ces bilans neuropsychologiques sont quasi systématiques dans le cadre des TND en centres de Niveau II et III (disposition qui vient d'être renforcée auprès des CMP avec la nécessité de présence de neuropsychologues et neuropédiatres dans les équipes). J'apprécie toutefois ici la précision du groupe de travail sur le recours au neuropsychologue, qui est un psychologue clinicien, certes, mais formé à l'analyse fonctionnelle de la cognition et ses intrications avec la sphère comportementale et psychoaffective. En l'absence de protection du titre de neuropsychologue, certains psychologues formés à d'autres spécialités proposent des bilans dont la qualité est à ce jour trop hétérogène pour être exploités (et utiles au patient).
Expert 77	En présence de troubles associé, Il devrait aussi être recommandé de pouvoir avoir accès à un examen psychologique plus large, pas seulement neuropsychologique. En effet, l'examen par ex des modalités défensive à travers un projectif a toute sa pertinence, au même titre que l'examen des fonctions exécutives et mnésique pour explorer l'ensemble du fonctionnement de l'enfant. Cet examen peut amener à souligner certaine fragilité qui participent à la sévérité du tableau et qui ne sont pas du tout exploré par les tests neuropsychologie qui restent donc aveugles a ces dimensions problématiques.
Expert 80	Pour moi, ce bilan neuropsychologie me semble indispensable, il n'est pas forcément à répéter.
Expert 84	Les phrases 2 et 3 semblent se contredire. Pour la dernière je dirais "il peut être utile mais il n'est pas indispensable"
Expert 85	On ne comprend pas bien la gradation de ces trois points, surtout le dernier (contradiction). Par ailleurs,

	le texte qui précède la reco @19 n'est pas éclairant, cf. notes sur le document en PJ. L'idée c'est que « les explorations cognitives standardisées (psychométriques, neuropsychologique, langagière, praxiques¿) ne sont pas nécessaires en soi au diagnostic de TDAH qui reste clinique (ou in fine synthétique), mais ces explorations sont souvent justifiées pour compléter la démarche diagnostique du fait de la fréquence de TND associés au TDAH, ou pour mieux préciser le profil d'atteinte exécutive (planification, mémoire de travail, domaine verbal ou non verbal préférentiel¿). Par ailleurs, les explorations neuropsychologiques peuvent aider à caractériser un déficit attentionnel sans hyperactivité et peu impulsif que la clinique n'aurait pas bien identifié. »
Expert 86	Déjà répondu. Cette recommandation est inacceptable, incompréhensible au vu des données disponibles et des pratiques des équipes expertes. Y avait-il des neuropsychologues parmi les auteurs de ces recommandations ?
Expert 89	en pratique un examen neuropsychologique sera fait au cours de l'évolution plus ou moins rapidement
Expert 90	La 3e phrase n'est pas très claire.

Recommandation 20

Des bilans spécialisés orthophoniques, ergothérapeutiques, et psychomoteurs sont recommandés en fonction des points d'appel clinique et des difficultés décrites. (Accord d'experts)

Ces bilans sont présentés et explicités dans la Guide parcours « Comment améliorer le parcours de santé d un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages » publié par la HAS en 2017. 1

Cependant, l'attente ou l'absence de bilan, ne doit pas retarder la mise en place des interventions, ni la possibilité de faire le diagnostic.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	2	0	3	3	4	16	54	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.76	95.24

Expert	Commentaires
Expert 8	Il est très difficile d'obtenir des bilans orthophoniques puisqu'il y a une forte pénurie d'orthophoniste en ville. Le temps d'attente est de minimum 1 an (et en général c'est bien plus)
Expert 9	Seule ombre au tableau, le coût de ces bilans et leur non remboursement par la sécurité sociale, sauf pour l'orthophonie.
Expert 11	Partie manquante dans l'argumentaire
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le retard d'acquisition du langage oral (dysphasie) et le trouble de l'apprentissage versant raisonnement logico-mathématique (dyscalculie) sont très souvent oubliés. La proportion d'orthophonistes formées à

	l'évaluation de la dyscalculie est faible.
Expert 14	Bilans si nécessaires en fonctions des problèmes rencontrés ! Attention de ne pas automatiser x bilans pour rien!
Expert 15	La psychomotricité est fondamentale dans la prise en charge des enfants et adolescents TDAH notamment pour les jeunes enfants ou la variabilité développementale est forte. Les psychomotriciens sont experts dans le développement psychomoteur de l'enfant. Ils l'accompagnent dans la gestion de sa régulation motrice (renforcement de l'inhibition psychique, cognitive et corporelle; structuration rythmique et spatiale, graphisme). Les enfants TDAH ont une version au délais; les psychomotriciens peuvent évaluer les repères temporaux (connaissance, structuration, estimation des durées) et faire une remédiation temporelle. Ils sont les experts dans l'évaluation globale de la motricité (pas de facteur G en motricité). Ils explorent l'ensemble des fonctions motrices et neuromotrice de l'enfant et de l'adolescent (l'évaluation permet également de rechercher un éventuel TDC et trouble graphique). Ils assurent ensuite la remédiation de l'enfant et de l'adolescent. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000693097/ Les psychomotriciens sont fondamentaux dans la prise en charge des enfants et adolescents TDAH; ils sont experts du développement. Les psychomotriciens formés utilisent COOP également ; d'ailleurs plusieurs psychomotriciens en France sont Certifiés COOP https://www.icancoop.org/pages/finding-a-certified-therapist#France-instr L'intégration sensorielle pour le TDAH est également réalisée par les psychomotriciens formés, ils sont d'ailleurs au fait de la différence entre variabilité développement, difficulté d'intégration sensorielle et défaut d'inhibition. Les psychomotriciens utilisent donc une approche d'intégration sensorielle et évaluer les aspects sensoriels grâce à différents outils validés en respectant les recommandations de PEC et dans l'intérêt du patient
Expert 21	Ou plutôt les récupérer car souvent déjà fait en amont avec les suivis correspondants
Expert 23	Vu les références citées plus hautes, l'ergothérapie est à mettre plus en avant, au même titre que la neuropsychologie car tous les enfants avec TDAH n'auront pas de retard psychomoteur ou de difficultés dans le langage, mais Tous auront des difficultés dans leur quotidien. Une évaluation sur le lieu de vie, en situation écologique et permettrait d'observer les habitudes de vie et les comportements de l'enfant et de ses parents, en "situation réelle" contrairement au bilan neuropsychologique. Attention sur l'argumentaire, il est noté : " Face à des difficultés touchant la motricité globale et/ ou la graphomotricité : un bilan en psychomotricité et/ou en ergothérapie. " Je propose : - face à une activité du quotidien difficile à réaliser en autonomie : un bilan en ergothérapie est nécessaire. En gros l'ergothérapeute ne va pas faire de rééducation de la graphomotricité, mais va chercher à ce que l'enfant puisse écrire ses cours de manière efficace en classe par exemple. La graphomotricité n'est qu'un moyen pour y parvenir, mais ce n'est pas l'objectif en soi. C'est pour cela que nous sommes complémentaires de chaque profession de santé, y compris pour le langage écrit avec les orthophonistes ou la mise en place de CAA, ou encore pour l'intégration des maths dans le quotidien, pour reprendre un peu le paragraphe de l'argumentaire. Il serait aussi intéressant d'inclure les kinés et les APA dans la boucle, notamment quand on voit la place du sport dans les TDAH et qu'elle devrait être plus prépondérante dans le quotidien de l'enfant. Lasse Christiansen, Mikkel M. Beck, Niels Bilenberg, Jacob Wienecke, Arne Astrup, and Jesper Lundbye-Jensen :`Effects of Exercise on Cognitive Performance in Children and Adolescents with ADHD: Potential Mechanisms and Evidence-based Recommendations¿. J Clin Med. 2019 Jun; 8(6): 841.  William E Pelham , Keith McBurnett, Gary W Harper, Richard Milich, Debra A Murphy, Joseph Clinton, Cathy Thiele `Methylphenidate and baseball playing in ADHD children: who¿s on first?¿ J Consult Clin Psychol. 1990 Feb;58(1):130-133. Christina Neudecker , Nadine Mewes , Anne K Reimers , Alexander Woll `Exercise Interventions in Children and Adolescents With ADHD: A Systematic Review¿ J Atten Disord. 2019 Feb;23(4):307-324.
Expert 26	Rajouter : orthoptiques neurovisuels
Expert 32	Peuvent être utile pour les comorbidités mais non indispensables
Expert 35	Les bilans de psychomotricité sont surtout recommandés pour les enfants de moins de 6 ans, puis ensuite, dès 7, 8 ans, les bilans d'ergothérapie plutôt recommandés. Les bilans orthophoniques formées aussi au TDAH sont essentiels et remboursés , donc plus accessibles.
Expert 36	Des réserves encore sur l'usage du terme interventions qui doit être précisé
Expert 43	"Cependant, l'attente ou l'absence de bilan, ne doit pas retarder la mise en place des interventions, ni la possibilité de faire le diagnostic." Cette phrase pourrait être reprise pour la reco 19 concernant le bilan neuropsy.

Expert 45	Le bilan répond à une question, difficile de poser un diagnostic en ayant pas fait le tour complet des questions
Expert 46	Ni la possibilité de faire le diagnostic. D'établir le diagnostic
Expert 52	Problème majeur de l'accessibilité des orthophonistes à l'heure actuelle
Expert 53	Certains éléments de la littérature plaident pour une comorbidité de certains troubles oculosensorimoteurs (et neurovisuels dans un sens plus large) avec les troubles de l'attention. La revue proposée au 3.5.2 est largement insuffisante à exclure le bilan orthoptique des bilans spécialisés susceptibles d'être convoqués au même titre que les autres, c'est-à-dire en fonction des points d'appels. => ajouter bilan neurovisuel
Expert 55	Confère commentaire précédent sur l'importance et la pertinence du bilan psychomoteur de l'enfant suspecté de TDAH
Expert 62	Un bilan orthoptique neurovisuel semble important a mentionner également. Il permet de mettre un point sur les difficultés de plannification et d'organisation du regard => nécessaire a la fixation, saisie d'information et apprentissage scolaire (lecture écriture) La représentation spatiale est également nécessaire pour accéder au calcul et la manipulation des nombres. Trouble bien souvent présent chez les enfants TDAH
Expert 67	"la Guide" --> le Enlever virgule : "l'attente ou l'absence de bilan, ne doit pas retarder"
Expert 69	C'est en partant de ce postulat que nombre de TDAH n'ont pas leurs troubles des apprentissages identifiés, diagnostiqués et donc aidés. Il faut arrêter de saucissonner les enfants !!
Expert 73	Des propositions d'aménagements notamment scolaires peuvent effectivement se faire en attente du diagnostic en se basant sur l'aspect fonctionnel des troubles
Expert 76	OK. Sauf dernière phrase peu compréhensible. Pour progresser dans un diagnostic différentiel sur un cas complexe (ou chez un enfant avant 6 ans, ce qui est l'une des ambitions de ces reco), un bilan peut être nécessaire avant de poser le diagnostic. La mise en place d'interventions peut en revanche être immédiate, si celles-ci sont réajustées à la lumière des conclusions des différents bilans.
Expert 84	Je ne vois pas l'utilité des bilans psychomoteurs dans le contexte du TDAH. Il n'y a pas à ma connaissance aucune donnée scientifique sur l'utilité de l'intervention des psychomotriciens dans ce domaine.

2.4.8 Quels outils peuvent aider au diagnostic

2.4.8.1 Entretiens semi structurés

Il existe des entretiens semi structurés qui permettent de guider le praticien pour le diagnostic de TDAH et dans la recherche des troubles comorbides et de diagnostics différentiels en psychiatrie.

2.4.8.2 Echelles cliniques

L'utilisation d'échelles cliniques peut aider à l'identification des critères diagnostics :

Les échelles les plus utilisées en langue française sont :

- l ADHD- RS qui recense les 18 critères du TDAH dans DSM IV existe en plusieurs versions (pour les parents et les enseignants) (accessible gratuitement)
- Le SNAP IV recueille les critères du TDAH à l'intention des parents et des enseignants (accessible gratuitement)
- Les autres échelles : les échelles de Conners permettent de rechercher des troubles associés (anxiété et TOP (Trouble Oppositionnel avec Provocation), et l'échelle de Brown existe en version numérique et en version auto-questionnaires parent et enfant. (pour ces échelles la cotation est payante)
- Le KIDDIE-SADS https://sfpeada.fr/k-sads-pl-dsm-5-version-francaise-2018/, qui permet un entretien psychiatrique complet.
- DIVA enfant

Pour recueillir des informations auprès du patient et de son entourage, et pour guider la démarche diagnostique, en précisant des

éléments observés lors de l'évaluation Il est possible de s'appuyer sur une échelle clinique et de retentissement fonctionnel. L'utilisation de ces échelles peut permettre, au médecin de recueillir des informations précises auprès des différents intervenants de l'enfant et d'avoir une évaluation initiale de référence.

Recommandation 21

Il peut être utile de s'appuyer sur des échelles d'entretiens semi structurées pour établir le diagnostic de TDAH, rechercher des comorbidités et éliminer un diagnostic différentiel. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	1	3	4	6	11	58	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.53	96.47

Expert	Commentaires
Expert 1	C'est plus qu'un accord d experts En cherchant à les obtenir de diverses sources patient et entourage et en gardant à l'esprit qu'elles ne font pas à elles seules le diagnostic ou l'élimination du diagnostic
Expert 5	Ces entretiens sont de bons outils lorsque l'on débute et sont exhaustifs
Expert 11	"échelles d'entretiens semi-structurées" à remplacer par "échelles et entretiens semi-structurés" La KIDDIE-SADS et la DIVA sont des entretiens semi-structurés, à faire figurer dans le paragraphe précédent. Il faudrait distinguer les outils à visée diagnostique, d'outils fait pour apprécier la sévérité et le retentissement. Suggestion : « Certains outils peuvent être de nouveau utilisés au cours du suivi pour apprécier l'évolution des troubles ». Certains outils comme la DIVA à visée purement diagnostique n'ont pas d'intérêt à être réitérés.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Il est impératif de s'appuyer sur des outils validés et standardisés, sous peine de s'exposer à des risques de sous-diagnostic ou de sur-diagnostic. "Young DIVA" et pas "DIVA enfant" Une description des différents outils avec leurs propriétés psychométriques seraient utile. Pléonasme : "réitérer à plusieurs reprises"... "Société française du TDAH" et pas "Société savante TDAH".
Expert 14	Oui la DIVA 5 par exemple, ou la ACE Utilisation de la K-SADS-PL Attention la SNAP V est un dépistage! Le Conners n'est pas valide en France ! Stop avec ça ! Échelle de Conners n'est pas adaptées aux aspects linguistiques, ni aux aspects cultures. Cela peut

	entrainer des erreurs de diagnostic. Pas d'étalonnage pour la France. Le format n'est pas adapté en raison de l'âge. Pas de manuel pour l'utilisation en France.
Expert 16	"échelles d'entretiens semi structurées" : pour moi c'est peu clair. Est-ce qu'il s'agit ici d'échelles type Conners? (Différente des échelles cliniques mentionnées au-dessus). Il me semble qu'au lieu de "utile" les échelles devraient être considérées comme "indispensables".
Expert 21	Ne pas mettre les entretiens semi structuré au même niveau que les questionnaires. Choisir les bons questionnaires: conners, ADHD RS, SNAP et la teach? i une s'agit pas d'échelle d'entretiens mais des entretiens .
Expert 23	Il est également important de prendre en considération, une échelle de la qualité de sommeil, de la qualité de l'humeur et de la qualité de vie. Attention dans l'argumentaire, dans le tableau des tests de repérage TND il y a marqué QTAC, mais c'est le DCDQ-FE, le QTAC est l'ancien non quand on parlait de trouble de l'acquisition des coordinations
Expert 25	La BASC-3 peut aussi s'avérer un outils utile (auto-et hétéro-questionnaire enfant/parent) https://www.pearsonclinical.fr/basc-3
Expert 26	Eliminer un diagnostic différentiel sur des échelles me paraît ambitieux ; on pourrait dire que cela permet de l' évoquer
Expert 34	L'échelle de Conners permet de rechercher de nombreux troubles associés
Expert 35	Tous ces questionnaires sont très bien , très utiles en cliniques et doivent être utilisés par tous les médecins, et professionnels de santé , orthophonistes, psychomotriciens, ergo, psychologues pour rechercher des signes d'alertes du TDAH et ensuite réorienter vers les médecins spécialisés, les parents.
Expert 36	La recommandation doit insister, comme mentionné dans le texte de référence, sur l'accès à des échelles d'entretiens gratuites et sur un étalonnage français en vue d'homogénéiser les échelles existantes
Expert 39	Il est indispensable de s'appuyer sur ces échelles (cf. commentaire précédent). Une précision est à apporter sur les clusters de symptômes évalués par les échelles de Conners : on y retrouve certes l'anxiété et le TOP mais il évalue aussi l'agitation motrice -avec un indice d'hyperactivité, notamment- et les problèmes cognitifs/inattention, pour la forme enseignants. Il paraît également nécessaire de préciser qu'il existe des échelles d'hétéro-évaluation différentes en fonction de la source (y compris pour les Conners, avec une version parents et une version enseignants) ainsi que des échelles d'auto-évaluation. Enfin, le Conners CBRS, questionnaire multi-informants à large spectre de psychopathologie, traduit en français québécois en 2019, est une mine d'informations précieuses pour le diagnostic du TDAH et de ses comorbidités, par le biais d'informant variés.
Expert 44	Structurés Donner davantage d'infos sur la DIVA
Expert 45	Les échelles que je connais conners et diva sont à risque de surdiagnostique et peu performantes concernant le diagnostic différentiel
Expert 46	Totalement d'accord. Il est utile et même recommandé de s'appuyer...
Expert 55	La BASC 3, outil retrouvé fréquemment dans la littérature scientifique sur le TDAH est commercialisé en français sur le site de pearson (https://www.pearsonclinical.fr/basc-3) Les situations problématiques peuvent être évaluées par le Home Situation Questionnaire (HSQ) la maison, ou pour l'école le School Situation Questionnaire (SSQ) : Barkley, R.A., & Edelbrock, C. (1987). Assessing Situational Variation in Children¿s Problem Behaviors: The Home and School Situations Questionnaires in R.J. Prinz (Ed.), Advances in Behavioral Assessment of Children and Families, Volume 3, pp. 157-176, JAI Press.
Expert 62	Cela semble indispensable
Expert 63	2.4.8.2. Echelles cliniques - il y a deux parenthèses à refermer dans la phrase "(anxiété et TOP (Trouble Oppositionnel avec Provocation))" - il faut supprimer une majuscule en milieu de phrase au profit d'une minuscule à "il est possible de s'appuyer"
Expert 65	Même remarque que pour la recommandation 9 'les échelles d'entretien' cela ne veut rien dire. Les échelles et les entretiens semi-structurés sont deux choses distinctes. Les échelles sont des questionnaires (en auto ou hétéro-évaluation, par exemple l'ADHD-RS), les entretiens semi-structurés sont par ex la K-SADS qui est un entretien guidé pour lequel il faut être formé. On peut aussi utiliser des entretiens structurés d'ailleurs (MINI KID par ex.) Je propose de reformuler : Il est utile de s'appuyer sur des outils d'évaluation tels que des questionnaires ou des entretiens diagnostiques structurés ou semi-structurés. Il est nécessaire de prendre en compte différentes sources d'information.

	La DIVA enfant et la K-SADS sont des entretiens diagnostiques et non des échelles..
Expert 66	Préciser que ces échelles n'éliminent pas les diagnostics différentiels somatiques
Expert 73	Les échelles peuvent être remplies avant le rendez vous de consultation. La DIVA que je trouve bien complète nécessite un entretien (long..)
Expert 74	Complètement d'accord avec la recommandation relative à l'utilité de s'appuyer sur des entretiens semi-structurés et des échelles/questionnaires cliniques qui viendront en appui au diagnostic. Les préconisations d'outils sont en revanche imprécises et incomplètes, ce qui amène à ce bémol sur la recommandation. En effet, il semble régner une confusion entre outils disponibles et traduits en français d'une part, et outils validés et disposant d'un étalonnage auprès de la population française d'autre part. Du moins cette limite est brièvement évoquée, mais ce qui est écrit ne correspond pas à ces précautions. Au vu des connaissances désormais solides en neuropsychologie et psychométrie interculturelle, il est déterminant d'inciter fortement les cliniciens à privilégier des outils réellement validés et étonnés en France. Ce n'est pas le cas des échelles de Conners, par ex, largement utilisées sans que cette précaution soit formulée explicitement ici. On est par ailleurs étonné de ne pas retrouver les échelles de la BRIEF (BRIEF-P, BRIEF) qui sont utilisables dès l'âge de 2 ans, validés à l'échelle internationale et auprès de la population française, avec de nombreuses études de validité clinique auprès des enfants TDAH. Elles apparaissent dans l'argumentaire détaillé mais pas dans les recommandations, pourquoi ?? Si l'on est cohérent avec la défaillance centrale des fonctions exécutives évoquée en début de recommandations, il n'est pas cohérent que la BRIEF, utilisable par les médecins pour explorer la symptomatologie dysexécutive et attentionnelle ne soit pas préconisée, d'autant qu'elle aborde autant les aspects cognitifs qu'affectifs, possède des échelles de validité pour s'assurer de la cohérence des réponses du répondant, et qu'elle est disponible pour les parents, les enseignants, et l'enfant lui-même (self-report). Il serait par ailleurs souhaitable à nouveau de rappeler/mettre en garde le fait de se baser uniquement sur les questionnaires parents pour conclure au diagnostic de TDAH, puisque les échelles/questionnaires présentent des limites importantes en termes de biais de jugement, d'où l'intérêt majeur de confronter différentes versions du questionnaire et de respecter le critère du DSM/CIM impliquant une appréciation des troubles deux contextes différents (i.e., pas par la voix exclusivement des parents).
Expert 76	Des outils sont donc utiles à la réflexion diagnostique et la recherche de comorbidités ou de différentiel. À noter que les échelles citées se basent sur des référentiels obsolètes (DSM IV) ou sur des normes non-françaises (ex : Conners) avec d'importants biais rapportés sur ces 10 dernières années par la littérature scientifique et qu'il serait important de souligner, tant ce questionnaire peut suffire dans certaines pratiques à la pose d'un diagnostic.
Expert 84	Je ne comprends pas cette recommandation qui mélange échelles cliniques et entretiens semi-structurés. Ce sont deux choses différentes. Voir aussi les paragraphes au dessus : -Les entretiens structurés sont présentés dans la partie échelle clinique (kiddie sads et diva), c'est une erreur
Expert 88	Est-ce que certaines échelles conviennent mieux à l'adolescent et d'autres à l'enfant ? Ce serait bien de le préciser car même si la Recommandation concerne les enfants et les adolescents, les psychiatres adultes font de plus en plus de diagnostics de TDAH et prescrivant de plus en plus de méthylphénidate. Utilsient-ils les mêmes échelles ?

L'utilisation de ces outils peut être réitéré à plusieurs reprises au cours du suivi afin d'apporter des éléments comparatifs structurants pour le patient et le soignant. Ces échelles évoluent régulièrement et sont mises à jour sur le site de la future Société savante TDAH.

Expert 65	Elle est déjà constituée. Et le site est en voie de publication - mais attention certaines échelles et outils diagnostiques sont d'accès protégé/payant

Perspectives

Une échelle clinique d'accès gratuit et validée en population française permettrait d'évaluer les différentes dimensions symptomatiques du TDAH comme des facteurs associés ou différentiels (anxiété, dépression, opposition, troubles des conduites, troubles de communication sociale).

Le groupe de travail recommande un travail de conception, d'étalonnage en France pour faciliter l'accès aux échelles, certaines

étant payantes, d'autres traduites sans validation.

3 Prise en charge non médicamenteuse du TDAH

La prise en charge du TDAH s'appuie sur un concept thérapeutique global et multimodal dans lequel des interventions psychosociales (incluant les psychothérapies) et pharmacologiques ainsi que des interventions complémentaires (psycho-éducative, gestion comportementale, aides éducatives, …) peuvent être combinées, en fonction des symptômes, du niveau d'atteinte fonctionnelle, des objectifs partagés par le patient et sa famille.

3.1 Indications des modalités non médicamenteuses

Recommandation 22

Il est recommandé de proposer systématiquement une prise en charge non médicamenteuse. (Accord d'experts)

Le type de la prise en charge non médicamenteuse sera à adapter en fonction :

- Des spécificités du trouble et des comorbidités associées
- Des souhaits du patient et de sa famille

Si cette prise en charge s'avère insuffisante, un traitement médicamenteux pourra lui être associé.

La prise en charge non médicamenteuse sera réévaluée régulièrement et si besoin adaptée en fonction de l'évolution des symptômes.

Dans tous les cas, la prise en charge non médicamenteux sera maintenue. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	2	1	1	1	2	5	11	59	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.02	93.98

Expert	Commentaires
Expert 1	Dernière ligne : non médicamenteuSE On veillera toutefois à ne pas multiplier à outrance les différentes approches psychosociales par risque de baisse d'efficacité de chacune (Ogundele et Ayyash 2023) Et à ne pas perdre de temps en cas notamment de répercussions importantes du TDAH (puisque les recommandations internationales diffèrent sur ce point en fonction des cultures doit on chercher un consensus sur la durée au bout de laquelle et les critères faisant considérer la prise en charge insuffisante ? ou du moins attirer l'attention sur ce risque)

Expert 8	Attention : les capacités financières jouent un rôle prépondérant dans la prise en charge non médicamenteuse : en effet beaucoup de professionnels (psychologue, ergothérapeute, orthopédagogue,...) indispensables à l'accompagnement du TDAH ne sont pas pris en charge (et même une aide financière de la MDPH ne suffit pas à combler les frais)
Expert 11	Le traitement médicamenteux peut être indiqué sans que la prise en charge non médicamenteuse se soit avérée insuffisante Forme : « Prise en charge non médicamenteux » à mettre au féminin
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Qu'est-ce qui justifie de maintenir "dans tous les cas" une prise en charge non médicamenteuse? Problème de l'accès aux professionnels, du coût, de l'indication. Il serait bon de préciser ce que le groupe de travail entend par "prise en charge non médicamenteuse" Le groupe de travail conseille-t-il de ne jamais instaurer de traitement médicamenteux avant qu'une "prise en charge non médicamenteuse" n'est pas instaurée parce qu'elle n'est tout simplement pas possible? Quel retard à l'instauration d'un traitement médicamenteux doit-il être toléré? Il est habituel qu'un traitement médicamenteux permette une meilleure adhésion à une prise en charge non médicamenteuse (par ex. orthophonique). Combien de temps, le cas échéant, devrait-on laisser le patient sans prise en charge orthophonique ?
Expert 14	Non, c'est au médecin spécialisé de proposer ou non en 1er intention la médicamentation, en fonction de l'importance des retentissements dans le quotidien !!
Expert 15	Je joins le document PIFAM écrit par Francine LUSSIER afin de compléter la partie manquante dans les recommandations; en approche rééducation, le programme de rééducation fonctionnelle psychomotrice des fonctions executives de l'enfant et de l'adolescent d'Emmanuel Madieu et Charlotte SWIATEK (octobre 2018) entre, à mon sens, dans une PEC top down adapté. Le programme Réduction-PFE s'adresse aux patients ayant des dysfonctionnements exécutifs ou un TDA/H. Il est destiné aux enfants et adolescents, voire aux jeunes adultes. Les profils cognitifs de ces patients sont multiples, tout comme leurs personnalités et leurs expériences de la vie quotidienne. C'est pourquoi le programme Réduction-PFE donne la possibilité d'adapter le programme selon les besoins particuliers de vos patients. C'est un programme court, résolument fonctionnel, qui cible les dysfonctionnements exécutifs survenant dans la vie quotidienne des patients à travers trois stratégies cognitives : s'arrêter, planifier et se rappeler. Réduction-PFE est centré sur le patient qui choisit les objectifs fonctionnels, issus de sa vie quotidienne. L'une des originalités du programme est de s'intéresser aux aspects émotionnels, contribuant fréquemment aux dysfonctionnements exécutifs dans la vie quotidienne (fonctions exécutives chaudes). Détaillé séance par séance, il propose non seulement des exercices efficaces, mais développe surtout, chez le patient et ses parents, la conscience du trouble et la compréhension de sa remédiation. Le programme, conçu initialement en groupe, peut être utilisé facilement en individuel.
Expert 17	Vigilance sur le temps d'évaluation de l'insuffisance de la prise en charge. Des professionnels pourraient attendre trop longtemps pour prescrire le traitement.
Expert 21	pychoéduc systématique... et GEHP
Expert 23	Bar Lambez , Anna Harwood-Gross , Elana Zion Golumbic , Yuri Rassovsky `Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis¿ J Psychiatr Res. 2020 Jan;120:40-55.
Expert 35	Une échelle pour mesurer l'anxiété, dépression, opposition, troubles des conduites, troubles de communication sociale) serait indispensable surtout pour les enfants et adolescents avec bon niveau cognitifs pour lesquels le TDAH est diagnostiqué tardivement et très difficile à voir.
Expert 43	Y aurait-il possibilité de vérifier que cette prise en charge est maintenue une fois la médication débutée?
Expert 46	La prise en charge non médicamenteuse sera réévaluée régulièrement et si besoin adaptée en fonction de l'évolution des symptômes. Dans tous les cas, la prise en charge non médicamenteux sera maintenue Ces deux phrases semblent contradictoires; L'accompagnement non médicamenteux est maintenu si nécessaire et après évaluation de son efficacité un traitement médicamenteux pourra lui être associé. ou lui succéder En aucun cas la PEC non médicamenteuse ne représente une CI à la mise en place d'un traitement pharmacologique. Les deux ne s'excluent pas et peuvent avoir lieu de façon concomitante ou successive
Expert 47	Accorder "médicamenteux" avec "prise en charge"
Expert 52	Recommandation dépendante du niveau de l'offre correspondante, par endroit inexistante
Expert 54	Je pense que la formulation 'systématiquement' peut inciter les médecins à ne pas proposer de

	traitement si la famille n'a pas mis en place de prise en charge non médicamenteuse ; Or, il vaut mieux une prise en charge médicamenteuse seule, que pas de prise en charge du tout. Lorsque le diagnostic n'est posé qu'à l'adolescence, il peut être très difficile de convaincre l'adolescent de s'engager dans une rééducation de type psychomotricité, orthophonie, ou dans un suivi psychologique. Pour autant, la mise en place d'un traitement pourrait grandement l'aider.
Expert 59	Selon sévérité des troubles , mettre en place le traitement et l'accompagnement en même temps
Expert 60	La problématique de cette prise en charge en remédiation cognitive par un psychomotricien ou un neuro-psychologue est son accessibilité à cause du manque de professionnels formés et surtout de la non prise en charge par la CNAM. Il faut faire une demande d'AEEH longue et compliquée avec souvent des refus. La piste d'une dotation spécifique par enfant/adolescent venant de la CPAM comme cela a été prévu dans le cadre d'articles 51 qui doivent passer dans le droit commun selon la LFSS de 2024 parait la solution pour fluidifier le parcours.
Expert 63	- faute d'orthographe, il manque un "e" à "réitérée" dans la phrase "l'utilisation de ces outils peut être réitérée" 3.1. Indications des modalités... - revoir la ponctuation des énumérations - il peut être opportun de préciser qu'il faut veiller à prioriser les prises en charge pour ne pas surcharger l'enfant
Expert 64	Peut-être préciser "si cette prise en charge s'avère insuffisante ou en cas de TDAH sévère avec retentissement fonctionnel important", le trt médicamenteux pourra être associé dans un bref délai
Expert 65	Je ne comprends pas la notion de maintien de la 'prise en charge' non médicamenteuse (à vie ??) il y a des personnes chez lesquels les symptômes se compensent avec le temps ou des personnes qui fonctionnent très bien avec leur traitement médicamenteux une fois qu'il ont acquis une bonne connaissance de leurs besoins ; idem pour les familles, une fois que les bases des modifications environnementales sont en place et adaptées aux besoins de l'enfant. Et vraiment le terme de "prise en charge" répété partout est infantilisant.
Expert 67	"Dans tous les cas, la prise en charge non médicamenteux sera maintenue." --> médicamenteuse
Expert 69	La façon de dérouler votre argumentaire laisse entendre votre réticence aux médicaments. Ce n'est pas pragmatique. Ou bien un traitement est nécessaire pour que le TDAH cesse de pourrir la vie de l'enfant ou bien ce n'est pas le cas. Les prises en charge non médicamenteuse peuvent / doivent être proposées mais si le traitement est nécessaire, il n'y a pas lieu d'attendre. Encore faudra-t-il que la famille accepte de donner le traitement à l'enfant....
Expert 77	"Dans tous les cas" formule peu pertinente en médecine
Expert 88	PEHP, n'y a t-il pas de niveaux de preuve un peu meilleurs que les accord d'experts notamment pour Barkley ?

3.2 Quelles sont les interventions centrées sur l'environnement familial et scolaire dans la prise en charge du TDAH de l'enfant ?

3.2.1 Psychoéducation

La psychoéducation est destinée à l'enfant et à sa famille. Elle consiste à délivrer des informations sur le TDAH, ses impacts et comment fonctionner avec ce trouble. Ainsi, en étant mieux informés, mieux formés, les personnes sont parties prenantes du projet thérapeutique, actives et actrices dans le processus de soins.

La reconnaissance et la compréhension des difficultés présentées par l'enfant ont un retentissement positif sur sa qualité de vie et ses relations intra-familiales et sociales ainsi que sur son estime de soi, at améliore sa motivation pour adhérer à la prise en charge.

Les objectifs de la psychoéducation sont :

- Expliquer le diagnostic aux parents et à l'enfant en s'adaptant au niveau de connaissance et compréhension des familles et de l'enfant.
- Expliquer le trouble et confronter les idées reçues aux données médicales
- Rassurer les familles et donner des perspectives d'évolution
- Détailler et personnaliser les options de prise en charge et interventions possibles
- Donner des sources de documentation fiables (lectures, sites internet, vidéo, association de parents ..)

- Répondre aux questions de l'enfant et de ses parents

Recommandation 23

Il est recommandé de proposer de façon systématique une intervention de psychoéducation à l'enfant et à sa famille dès qu'un diagnostic de TDAH est posé. (Accord d'experts)

Il est recommandé que cette intervention soit initiée lors d'une consultation médicale dédiée au moment du diagnostic. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	3	5	11	66	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.16	98.84

Expert	Commentaires
Expert 1	Et qu'elle soit poursuivie ensuite tout en s'assurant de la compréhension
Expert 4	La psycoéducation est aussi à proposer d'emblée pour une hypothèse diagnostique de TDAH, notamment chez les plus jeunes
Expert 5	Il serait utile de proposer une cotation spécifique de la CNAM pour les professionnels libéraux proposant cette consultation dédiée (chronophage mais essentielle : à valoriser)
Expert 6	Cela fait partie de la prise en charge. Pourquoi une consultation dédiée ? On ne va pas faire une consultation pour chaque élément de prise en charge du TDAH ?
Expert 8	Une intervention de psychoéducation en milieu scolaire pour les enseignants serait également essentiel : les parents reçoivent beaucoup d'information qui leur permettent de bien comprendre le TDAH de leur enfant, mais en milieu scolaire c'est une vraie catastrophe. Les enseignants ne connaissent rien à ce trouble et ne font souvent aucun effort pour le comprendre, et souvent tous les efforts faits à la maison pour aider l'enfant et lui redonner confiance sont mis à mal par le manque de formation des enseignants (et qui n'auront donc pas la bonne posture et pas les bonnes paroles)
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Comment financer une intervention en psycho-éducation? Le groupe de travail pourrait conseiller la création d'un code d'acte par la CNAM. Quelle formation est-elle requise pour pouvoir assurer cette intervention (médecin, psychologue, infirmière)?
Expert 14	Introduire la pair-aidance / pair-aidance familiale professionnel également dans la cadre de la psychoéducation!

	Recommandation ARS 2016/17 et cadrage HAS aout 2023, pourquoi ne pas l'appliquer dans les recommandation pour le TDAH?
Expert 15	La réalité du terrain fait que cette intervention peut être différée; Il me parait indispensable de débuter la PEC en orthophonie, psychomotricité ou ergothérapie (avec des professionnels formés au TDAH) afin de prévenir tout risque de TOP ou de démission parentale en attendant la mise en place plus spécifique de psychoéducation.
Expert 16	Il serait souhaitable d'associer à la consultation un psychologue ou un neuropsychologue.
Expert 21	Absolument et auprès de l'équipe pédagogique+++++ Séances de psychoéducation : entre une à 6 séances
Expert 22	Systématique pour les aidants (parents) mais dans un contexte de prise en soin pluridisciplinaire du patient aussi.
Expert 23	Pourquoi accord d'experts alors qu'on a 2 revues systématiques ???
Expert 35	L'intervention à la psychoéducation peut être effectué par des professionnels remboursés comme les orthophonistes formées aussi au TDAH, ce qui permettrait d'étendre considérablement l'accès à des soins remboursés que les familles ne peuvent pas payer, (en attente de très longs délais des PCO, ou dans un désaccord en cas de séparation ou de divorce, beaucoup de père refusent la psychoéducation par les psychologues et peuvent l'accepter plus subtilement par le biais de l'orthophonie.)
Expert 36	La rédaction de la recommandation n'est pas lisible telle quelle. Il faut d'abord mentionner que c'est lors d'une consultation évoquant le diagnostic que la guidance parentale est proposée avec en premier lieu une intervention de psycho éducation. Le plus souvent, celle-ci est implicitement faite dans l'intérêt des parents. Il n'est pas évident que cette proposition tienne compte du point de vue de l'enfant. La recommandation d'une proposition systématique s'adresse aux parents. Une formule plus acceptable serait "proposer une intervention de psychoéducation aux parents et s'assurer que l'enfant est en capacité d'y adhérer"
Expert 38	Peut être donné des exemples de documentation fiables
Expert 46	De façon systématique une intervention de psychoéducation à l'enfant et à sa famille dès qu'un diagnostic de TDAH est posé Ceci est surréaliste il n'y a pas les services compétents pour le faire actuellement
Expert 47	Dans 3.2.1 psychoéducation : accorder "mieux informés, mieux formés" avec "les personnes" et corriger "at améliorer" en "et améliorer".
Expert 49	Attention au choix du professionnel qui pratique la psychoéducation; de nombreux coachs fleurissent un peu partout sans réelle formation ni bagage suffisant pour accompagner des familles
Expert 52	Déploiement à prévoir pour répondre à la demande : offre insuffisante à ce jour Nécessité de mobilisation de la formation des professionnels concernés +++ dans le cadre de la Stratégie Nationale TND
Expert 55	Elle pourra être prolongée par les professionnels du soin courant (psychomotricien, psychologue, orthophoniste,...) car il arrive fréquemment que lors du rdv d'annonce diagnostic, trop d'informations soient données aux patients et leur famille.
Expert 57	Prendre en compte l'accès parfois difficile à une intervention de psychoéducation
Expert 62	Le problème étant que ces séances ne sont pas remboursées donc les familles ne peuvent pas toutes se le permettre : donc PCO ? ou dossier Mdph ? Il faudrait renseigner a ce sujet comment faire la demande d'une aide spécifique pour mettre en place ces séances utiles
Expert 63	3.2.1. Psychoéducation - deux fautes d'orthographe, il manque deux "e" à "mieux informées" et à "mieux formées" s'agissant des personnes dans le 1er paragraphe - revoir la ponctuation des énumérations - il manque une conjonction de coordination dans la phrase "expliquer le diagnostic aux parents et à l'enfant en s'adaptant au niveau de connaissance et DE compréhension des familles et de l'enfant" - faute d'orthographe, rajouter un "s" à "associations de parents"
Expert 65	Une difficulté est (cf paragraphe ci dessous) d'adapter le nombre de séances à la demande de la famille - cela va à l'encontre de ce qui est bien détaillé dans l'argumentaire - en pratique, une psychoéducation brève et des composants plus importants de PEHP. Retentissement sur qualité de vie : C'est démontré cela ? si oui, il faut une référence. Les données disponibles sur les interventions non-médicamenteuses concernent le plus souvent des programmes qui combinent la psychoéducattion et les programmes de renforcement des habilités parentales,

	rarement la psychoéducation seule. Rassurer parents : Rassurer par rapport à quoi ? dit comme cela pourrait contribuer à l'inaction thérapeutique..
Expert 69	Si les enseignants ne sont pas formés et associés à la démarche, on continue de saucissonner l'enfant et l'intérêt est, de fait, limité.
Expert 80	Et répétée ultérieurement
Expert 89	le problème reste comme toujours le manque de professionnels formés
Expert 89	Ici et en général dans le document : utiliser "patient" plutôt que enfant ? "De façon complémentaire, des supports d information (outils numériques, livres, associations de famille, module de l UNESS, ¿.) peuvent être conseillés aux familles." A remplacer par "De façon complémentaire, des supports d information et de formation (outils numériques, livres, associations de personnes concernées, module de formation sur les TND sur "UNESS Formations Libres") peuvent être conseillés aux familles." A noter que la formation UNESS n'est pas conçue pour des personnes concernées mais pour des professionnels de santé.

Ces interventions de psychoéducation peuvent être renouvelées ultérieurement par le médecin ou par un autre professionnel formé à cette technique et à la prise en charge du TDAH,

Le nombre de séances est à établir en fonction des caractéristiques cliniques du TDAH, du développement de l'enfant, et en fonction de la demande de la famille.

Les interventions de psychoéducation peuvent être conduites sur un mode individuel ou en groupe, et en présentiel ou en distanciel, en fonction de l'appréciation du professionnel et selon le choix de la famille.

La consultation de psychoéducation nécessite un temps dédié.

De façon complémentaire, des supports d'information (outils numériques, livres, associations de famille, module de l UNESS, .) peuvent être conseillés aux familles.

Expert 65	Je ne suis pas sure qu'on puisse personnaliser à ce point le nombre de séances. Et qu'il y ait des données justifiant de prolonger la psychoéducation au détriment des PEHP. Les études sont plutôt en faveur d'une composante limitée de psychoéducation >> plus il y a de psychoéducation, moins le PEHP est efficace. Hornstra, R., Groenman, A. P., Van der Oord, S., Luman, M., Dekkers, T. J., van der Veen-Mulders, L., ... & van den Hoofdakker, B. J. (2023). Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD?–a metaregression analysis on child behavioral outcomes. *Child and adolescent mental health*, *28*(2), 258-268. "Higher dosage of psycho-education for parents was associated with smaller effects on behavioral problems and, only in case of parent training, also with smaller effects on ADHD symptoms".

3.2.2 Programmes d'Entraînement aux Habiletés Parentales (PEHP)

Les Programmes d'Entraînement aux Habiletés Parentales (PEHP) sont des programmes spécifiques destinés aux parents afin de les aider à adapter leurs stratégies éducatives au quotidien. Ils sont généralement proposés sous forme de groupes thérapeutiques, mais peuvent être réalisés en individuel. Ils peuvent être en présentiel ou en distanciel, en fonction de l'appréciation du professionnel et selon le choix de la famille.

Les principes communs à ces programmes sont :

- Valoriser les comportements adaptés de l'enfant
- Mettre en place des moments positifs de jeux, d'échange et de partage avec l'enfant
- Passer des consignes efficaces
- Éviter les escalades coercitives
- Augmenter les renforcements positifs avec la mise en place d un système de motivations
- Mettre l'enfant en retrait lors d un comportement inadapté

- Gérer les situations d'opposition dans un lieu public
- Améliorer la gestion du temps et l'accompagnement du travail scolaire

Ces programmes peuvent être proposés dès qu un diagnostic est suspecté avant même sa confirmation. Ce programme est d'autant plus efficace qu il est mis en place précocement.

Recommandation 24

Il est recommandé que ces programmes de PEHP soient mis en œuvre par des professionnels formés au TDAH et à cette technique, et soient conduits selon des principes précis définis ci-dessus. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	6	1	3	11	63	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.18	98.82

Expert	Commentaires
Expert 1	Je pense que ce passage manque de précision et mélange les informations sur les PEHP globaux et les PEHP spécifiques du TDAH D'où sont tirés les "principes communs à ces programmes" cités ci dessus ? PRINCIPES communs des PEHP (pas forcément spécifiques au TDAH) : Faire croitre le sentiment de compétence parentale (avec pour certains programmes mais pas le Barkley, une séance très utile consacrée au sentiment de compétence parentale- dans le Barkley c'est la réussite des interventions qui augmente indirectement ce sentiment essentiel) en comprenant mieux leur enfant et en utilisant des principes d'éducation validés et issus des neurosciences affectives et sociales (communication positive, renforcement positif, éviter l'escalade coercitive, constance et cohérence, gestion des émotions parentales et de l'enfant, discipline positive, création et maintien d'un environnement favorable (positif, sûr et structuré), compréhension du développement de l'enfant pour avoir des attentes réalistes en fonction du stade de développement, adaptabilité du programme aux différences culturelles, structures familiales et besoins individuels des enfants, éléments de soutien social par le partage d'expérience et la connexion à d'autres parents. Certains PEHP sont spécifiques du TDAH, d'autres donnent des stratégies utiles pour tous les enfants mais non spécifiques du TDAH Sur la page précédente si l'item "mettre en retrait l'enfant" est conservé il est fondamental de préciser de quel type de mise en retrait on parle ici car laisser cet item tel quel serait source d'incompréhensions. Préciser : mettre l'enfant en retrait dans des conditions calmes de 2-3 mn lors de comportements opérants ou délibérés sur lesquels l'enfant a un certain contrôle (Riley et al.2017; dadds et Tully 2019) Il serait en effet désastreux de promouvoir d'autres type de "mise en retrait" dans des conditions dialectiques et punitives au lieu de méthodes de renforcement positif

	Programmes de PEHP c'est dire programme de programme d'entrainement aux habiletés parentales donc inutile de plus rajouter PEHP
Expert 8	Qui sont les professionnels formés au TDAH ? est ce en ville ou a l'hôpital ?
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Il faudrait mentionner le fait que les PEHP sont efficaces sur les parents mais pas sur l'enfant, et qu'elles sont historiquement plus efficaces sur le TOP que sur le TDAH. Comment financer une PEHP? Le groupe de travail pourrait conseiller la création d'un code d'acte par la CNAM comme pour la psycho-éducation. Quelle formation est-elle requise pour pouvoir assurer cette intervention (médecin, psychologue, infirmière)? Personnellement, je ne pense pas qu'une PEHP puisse être assurée par une personne qui n'a pas été formée au préalable au TDAH et aux principes des TCC.
Expert 14	Les PEHP sont fait pour les enfants touchés par un trouble de l'opposition avec provocation ou enfant dit défiant ! Faut arrêter de proposer cela systématiquement !
Expert 16	Il importe que les professionnels soient formés aux PEHP ET que cette formation soit validée (par exemple organismes de formations) ou que les professionnels aient une expertise reconnue par des publications sur le sujet. Il y a trop de professionnels proposant du "Barkley" sans en maîtriser les tenants et les aboutissants (voir recommandation 25).
Expert 21	Et auprès des enseignants +++++
Expert 26	Il est très important de ne pas limiter le programme Barkley à des enfants jusqu'à 12 ans Dans mes 17 ans d'expériences de ce programme, j'ai accueilli des parents d'enfants jusqu'à 16 ans avec une efficacité équivalente chez les adolescents . Il faut parfois adapter certaines étapes (comme apprendre l'autonomie en situation de jeu);le mélange d'âges extrêmes dans un groupe est d'ailleurs intéressant et riche pour les familles (éviter un trouble des conduites dans un groupe)
Expert 35	Merci de bien préciser la diversité des nombreux professionnels sont formés au PEHP (psychiatre, orthophonistes, psychomotricien, psychologue et neuropsychologue), permettant un accès plus large, plus urgent et si fondamental dans la prise en soin du TDAH, surtout avec le TOP associé et si fréquent et désarmant, toute la cellule familiale.
Expert 36	Les résultats sont soumis à des variations et ne peuvent aboutir à des recommandations ainsi formulées. L'usage du singulier (un programme) après des programmes est sans doute une erreur? Telle que rédigée, cette recommandation s'éloigne nettement des conclusions du texte d'étayage général , beaucoup moins affirmatif, plus nuancé sur la validité des programmes existants et leur application en fonction des situations et des lieux. Le niveau de preuves est insuffisant par rapport aux exigences habituelles de l'HAS. Le sigle PEPH donne à tort l'idée d'une labellisation, plus recevable sans doute dans le domaine pédagogique. Les préalables de la recommandation devrait reprendre 1/ la nécessité de mettre en œuvre des actions concrètes de soutien de l'enfant et de ses parents, 2/ la formation des professionnels à plusieurs techniques pour un meilleur choix dans l'intérêt de l'enfant et sa famille 3/ le maintien d'un jugement clinique et d'un suivi médical
Expert 38	Favoriser les programmes VALIDES, car beaucoup de programme qui ne sont pas validé ou testé et repose sur des croyances. À ma connaissance seul trois programmes sont scientifiquement validés et existent en langue française (Incredible years, triple p, SFP). Barkley est très utilisé mais n'étant pas déposé le programme et la manière de le conduire est très très hétérogène (de même que les formations proposées) cela pose aussi la question de la formation des personnes et de l'aide financière à la formation à ces programmes. Pour mémoire ce site est un moteur de recherche de programme validé et il y a l'option de choisir la langue française : https://www.cebc4cw.org/registry/search/
Expert 44	À quoi renvoie le mot "cette" technique?
Expert 46	Oui mais pas de professionnels disponibles pour tous. Préférer les cas les plus sévères et COMORBIDES type TOP ?
Expert 49	Il est nécessaire que les professionnels formés soit des professionnels de santé ou des professionnels de la santé mentale. (la formation Barkley est accessible sans condition de diplôme, ce qui peut entrainer des situations difficiles)
Expert 51	Des programmes d'ETP TDAH existe : - Baghdadli, A., Majorel, J., & Boudou, H. (2022). Mettre en oeuvre un programme d'ETP pour mieux vivre avec un TDAH: Pour l'enfant, l'adolescent et ses parents. Dunod.

	-Le Lidec, O., Michelon, C., Vernhet, C., & Baghdadli, A. (2023). Impact d¿un programme d¿éducation thérapeutique du patient sur la qualité de vie d¿enfants avec TDAH et celle de leurs parents. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 71(7), 356-363.
Expert 52	Idem 23
Expert 55	Il faut rajouter aux principes le développement de l'attention positive des parents, pierre angulaire de tous ces programmes.
Expert 62	Permettre aux familles d'avoir accès à cela, savoir ou aller , comment s'orienter, quelle prise en charge ?
Expert 63	3.2.1. - remplacer la virgule par un point à la fin de la 1ère phrase "ces interventions de psychoéducation..." 3.2.2. - revoir la ponctuation des énumérations - supprimer le "s" à système de motivationS"
Expert 67	"ces programmes de PEHP" --> ces programmes d'entrainement aux habiletés parentales ou ces PEHP / sinon redondance de "programme" Reformulation : Il est recommandé que ces PEHP soient mis en œuvre par des professionnels formés à l'animation de ces programmes ainsi qu'au TDAH, et soient conduits selon des principes précis définis ci-dessus
Expert 69	Au fait, qui paye ?
Expert 74	La recommandation est parfaitement justifiée et pertinente. Attention à ce qu'on entend par "professionnels formés au TDAH et à cette technique" qui pose à nouveau la question de tous les "praticiens" qui ne disposent pas d'un diplôme d'Etat et qui risquent assez facilement de s'octroyer cette expertise (e.g., coachs, thérapeutes en tout genres, kinésiologues, graphothérapeutes, etc.). Il serait utile et bienveillant à l'égard des familles de lister les champs professionnels reconnus susceptibles d'être mobilisés pour ces PEHP (avec par ex, pour les professionnels dont la formation est moins approfondie dans le champ des TND, une spécialisation avec un DU, une formation universitaire courte, etc.).
Expert 84	Pour les enfants avec un TDAH, il n'existe pas de preuve suggérant que les programmes de soutien à la parentalité destinés spécifiquement au TDAH font mieux que les programmes de soutien à la parentalité généralistes. Par conséquent je suggérais seulement : "programmes de PEHP soient mis en œuvre par des professionnels formés à des programmes ayant reçu des preuves scientifiques d'efficacité"
Expert 89	précocité +++

Recommandation 25

Dès que le diagnostic de TDAH est posé, chez l enfant ou l'adolescent, il est recommandé que le médecin adresse en première intention pour des séances de programme d'entrainement aux habiletés parentales. (Accord d'experts)

Ces PEHP sont d'autant plus indiqués si l'enfant présente un comportement inadapté ou un trouble oppositionnel avec provocation. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	2	4	3	11	9	54	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.71	95.29

Expert	Commentaires
Expert 1	La psychoéducation est à faire systématiquement en revanche les PEHP "en entier" concernent certains enfants et certains parents Proposer à tous les parents (difficilement en l'état à l'heure actuelle au vu du peu d'offre) mais très indiqué en cas trouble oppositionnel ou trouble des conduites, ou de sentiment faible de compétence parentale
Expert 7	Pour la première partie : attention au contexte familial avant d'adresser vers un PEHP. Des parents déprimés, ou en grand conflit, ne pourront pas suivre tout de suite ce type de programme.
Expert 9	Oui mais attention ! De trop nombreux professionnels vendent les PEHP comme la solution miracle au TDAH, voire même parfois la seule et unique, un rappel à l'ordre est donc nécessaire pour les professionnels.
Expert 11	Certaines situations ne l'exigent pas en 1ère intention Plutôt "Le médecin peut indiquer un PEHP en première intention"
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Recommandation dupliquée avec la précédente et la suivante.
Expert 14	Encore une fois, il ne faut pas systématiser, il convient au médecin spécialiser de valider ou non un problème de comportement, environ 1enfant/2 est touché!
Expert 15	Je nuance également cette recommandation en fonction de la réalité du terrain. Il n'y a pas toujours de possibilité de séances de PEHP.
Expert 16	La présentation point 3.3.2 me semble erronée. Il s'agit de la reprise des intitulés du programme de Barkley. Or, d'autres programmes même si certains fondamentaux sont de même style n'ont pas les mêmes séances (école, lieux publics, etc.) en particulier quand ils sont spécifiques au TDAH. Hauth-Charlier, S., & Clément, C. (2009). Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d¿enfant avec un TDA/H: considérations pratiques et implications cliniques. Pratiques psychologiques, 15(4), 457-472. Il est important de rappeler que le programme Barkley enfant ou ado n'est pas dédié au TDAH mais à l'opposition-provocation (très présente il est vrai dans le sous-type mixte). De fait les ouvrages de Barkley s'appellent "defiant children" "defiant teens". À mon sens tout comme dans les recommandations belges il faudrait clairement distinguer les programmes spécifiques au TDAH et ceux qui peuvent être utilisés dans le cas où il y a des problèmes de comportement, sinon on ne comprend pas vraiment le tableau suivant). Et en première intention ce serait un programme pour le TDAH, pas un programme pour l'opposition-provocation, en particulier parce que si on veut travailler sur la symptomatologie du TDAH il vaut mieux travailler sur les antécédents (certes le Barkley le fait, mais il n'est pas désigné pour, ce qui est problématique pour la compréhension des fonctions exécutives"). Hornstra, R., Groenman, A. P., Van der Oord, S., Luman, M., Dekkers, T. J., van der Veen¿Mulders, L., ... & van den Hoofdakker, B. J. (2023). Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD?¿a metaregression analysis on child behavioral outcomes. Child and adolescent mental health, 28(2), 258-268. Hornstra, R., Van der Oord, S., Staff, A. I., Hoekstra, P. J., Oosterlaan, J., Van der Veen-Mulders, L., ... & van den Hoofdakker, B. J. (2021). Which techniques work in behavioral parent training for children with ADHD? A randomized controlled microtrial. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 50(6), 888-903. Les programmes dont il est fait
Expert 20	Problème avec formulation "en 1ere intention".
Expert 25	Ces PEHP doivent-ils être systématiquement proposés ? Certains enfants présentent uniquement des symptômes d'inattention qui peuvent ne pas avoir d'impact

	sur la dynamique familiale. Si les parents ont déjà une réponse éducative adaptée aux symptômes, cette proposition de prise en charge est moins pertinente. D'autant plus que ces parents ne s'y retrouverez pas forcément ce qui diminuerait leur motivation à aller jusqu'au bout du programme. (commentaire basé sur mon expérience professionnelle en tant qu'animatrice de groupe PEHP)
Expert 35	Le mise en place des PEHP n'empêchent pas de mettre en place un traitement médicamenteux en parallèle sans attendre lorsque les troubles du TDAH sont trop sévères : c'est une discussion avec avis à décider avec à la fois le médecin et les parents.
Expert 36	Dans la suite des commentaires précédents, la recommandation formulée telle quelle est peu réaliste. Le risque de rupture du parcours de soins n'est pas négligeable. La proposition doit tenir compte des ressources locales qui guide le praticien dans son conseil aux parents
Expert 38	Même remarque que ci-dessus
Expert 40	Nécessité de mettre en place des sites de références de ces PEHP afin d'aider les parents et leur faciliter leur parcours déjà complexe et pluridisciplinaire
Expert 41	Une remarque : le TOP est un diagnostic différentiel du TDAH ou une comorbidité possible ? (la reco 25 semble indiquer que le TOP peut être une comorbidité)
Expert 44	Adresse les parents
Expert 46	Ces PEHP sont d'autant plus indiqués si l'enfant présente un comportement inadapté ou un trouble oppositionnel avec provocation. OUI Dès que le diagnostic de TDAH est posé, Dès que semble impossible à réaliser
Expert 52	Idem 23
Expert 54	Je ne pense pas qu'il faille que les médecins proposent systématiquement le PEHE après un diagnostic de TDA H : Il y a quelques enfants avec TDAH qui présentent peu ou pas d'opposition. Quand les parents de ces enfants participent PEHE, ils ne se reconnaissent pas dans ce que vivent les autres parents, et il arrive qu'ils quittent le programme ou la deuxième séance. Il faudrait donc ajouter "dès que le diagnostic de TDA H est posé, et dès lors que l'opposition de l'enfant est un problème à la maison" etc.. L'opposition de l'enfant doit être au centre de la décision.
Expert 55	Ces programmes n'ont d'intérêt que si une plainte dans la gestion du quotidien est présente. Même si une partie du programme consiste en de la psychoéducation, le cœur de ces programmes vise un changement d'attitudes parentales face à l'expression des troubles de leur enfant afin de restaurer des relations familiales apaisées.
Expert 58	Tout a fait d'accord mais ce type de programme existe-t-il en nombre suffisant ?
Expert 60	Le problème reste l'accessibilité à un professionnel formé et le coût de la prise en charge avec un renoncement fréquent aux soins si une solution de financement n'est pas proposée.
Expert 61	"En première intention" signifie-t-il systématiquement ? L'indication vers les PEHP ne pourrait-elle pas être conditionnée à une plainte parentale en terme d'éducation ou à l'observation de difficultés d'ajustement dans le système familial (toutes deux fréquentes)?
Expert 62	Pb de la disponibilité, peu de sessions, souvent de l'attente ++
Expert 65	Les PEHP sont actuellement accessibles à une minorité de parents ; que proposez-vous pour en améliorer la diffusion? Ne devraient-ils pas être prioritairement proposés aux parents dont les enfants ont un trouble du comportement associé ? et proposer la psychoéducation de façon plus large ? cf NICE
Expert 67	Ces programmes sont notamment indiqués en cas de TOP ou comportement inadapté Ils ne conviennent pas si pas de difficultés comportementales (--> ici ce sera plutôt la psychoéducation)
Expert 73	Difficultés d'accès à ces programmes.. (en libéral)
Expert 81	A nuancer si l'enfant présente un TDA sans hyperactivité/impulsivité et troubles du comportement. Dans ce cas, la psychoéducation peut être suffisante
Expert 82	Les psychomotriciens ont une formation dans la gestion et dynamique de groupes thérapeutiques qui ont fait leur preuve dans le suivi des enfants TDAH: il ne faudrait pas axer seulement sur les aspects cognitifs. Toute l'approche expressive, dans les groupes de jeu thérapeutique permet à ses enfants une possibilité de créer des liens avec leurs paires, d'exprimer leurs angoisses sous-jacentes. Cette approche est complémentaire aux approches cognitives mais il est important de proposer aux jeunes d'exprimer leurs difficultés relationnelles en les éprouvant dans le jeu.

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Recommandation 26

Il est recommandé de privilégier le format en groupe, mais il est aussi possible de proposer les PEHP en individuel si le format du groupe n'est pas approprié ou matériellement réalisable. (Accord d'experts)

Bien que le format en distanciel ne soit pas encore validé par des études, le groupe de Travail recommande de proposer si besoin un PEHP selon ce format afin d'améliorer la faisabilité et l'accès aux soins. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	4	3	5	15	55	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.38	97.62

Expert	Commentaires
Expert 1	Pas sure qu'il faille recommander le groupe "wymbs et collaborateurs (2016) indiquent que 58.7% des 445 familles interrogées préfèrent un format individuel L'avantage du soutien social (en particulier en ce qui concerne les familles défavorisées) dans les groupes est contre balancé par la capacité de compréhension approfondie et individualisée du comportement de l'enfant"
Expert 2	L'implication des parents et leur investissement paraissent à bien mesurer avant de démarrer un distanciel car ce format facilite moins l'interaction spontanée et l'accompagnement vers une adhésion aux idées proposées dans le programme d'autant qu'il n'y a pas l'émulation directe présente entre parents.
Expert 7	Le distanciel pourrait être proposé à des parents qui ont des difficultés pour se déplacer dans certains contextes, notamment de déserts médicaux, mais leur efficacité n'est en effet pas validée, ni comparée au présentiel.
Expert 9	Une grande souplesse et flexibilité est nécessaire pour les familles, afin de faciliter le parcours de prise en charge et les solutions proposées. Le format visio est donc à proposer! C'est ce qui a été fait par le CHU de Montpellier notamment.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Recommandation dupliquée avec les deux précédentes. Il serait plus simple de grouper les recommandations 24, 25 et 26 sous le chapeau "Programmes d'Entraînement aux Habilités Parentales".
Expert 16	Je suis partiellement en accord avec cette recommandation que je trouve timorée. Il n'y a pas de supériorité scientifiquement prouvée du groupe sur l'individuel. L'avantage du groupe permet principalement de favoriser le soutien social. Concernant la télémédecine, je pense qu'on peut aller au-delà de l'accord d'experts au vu des dernières données de la recherche. L'avantage de la télémédecine est entre autres une meilleure

	adhésion/attrition, une meilleure participation des deux parents. Or, c'est actuellement le pb majeur des programmes. Gonzalez, E. S., Tran, N., Wholly, D., Kuhn, M., Stein, M. A., Mendoza, J., ... & Tandon, P. S. (2023). Parent Behavior Management Training for Child ADHD Enhanced to Address Health Behaviors: Comparison of Telemedicine ¿Telegroup¿ Versus In-Person Delivery. Journal of Attention Disorders, 10870547231168332. Holzman, J. B., Hawks, J. L., Kennedy, S. M., Anthony, B. J., & Anthony, L. G. (2023). Parenting in a Pandemic: Preliminary Support for Delivering Brief Behavioral Parent Training Through Telehealth. Behavior Modification, 47(1), 128-153. Breaux, R., Dunn, N. C., Cash, A. R., & Shroff, D. M. (2023). Telemedicine to Manage ADHD. Clinical Handbook of ADHD Assessment and Treatment Across the Lifespan, 591-609. Breaux, R., Shroff, D. M., Cash, A. R., Swanson, C. S., Carlton, C., Bertollo, J. R., & Dahiya, A. V. (2023). Telehealth delivery of the RELAX intervention for families of adolescents diagnosed with ADHD: Preliminary treatment outcomes and evidence of acceptability and feasibility. Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 8(1), 24-38.
Expert 21	Et les enseignants +++++++
Expert 35	Le PEHP (programme d'entraînement des Habiletés Parentales) individuel fonctionne très bien ou à distance visuo quand le groupe n'est pas possible.
Expert 36	Rappel : Le sigle PEHP est une facilité d'écriture qui renforce la technicité d'un protocole et masque le débat sur le terme imposé "d'habilité parentale". La R26 est une nouvelle recommandation technique à laquelle s'applique le commentaire précédent sur la nécessité d'apprécier le bien-fondé et la pertinence des différentes offres de guidance parentale disponibles dans une situation donnée. Assurer la promotion des modèles existants par tous les canaux accessibles peut rassurer les professionnels, mais le niveau de preuve reste faible sur l'efficacité de ce type d'interventions, en particulier dans un contexte français et a fortiori avec l'usage des technologies distancielles.
Expert 37	Pour une meilleur efficacité des PEHP réalisés en distanciel, il me parait indispensable qu'il y ai une phase en présentiel : soit les premières et dernières séances (au minimum) du programme soient réalisé en présentiel. soit que la famille qui suit le programme en distanciel soit accompagné par un professionnel du soin du TDAH en présentiel durant ou après la fin du programme, une sorte de référent local du programme
Expert 38	Je suis d'accord sur le principe mais attention aux nombreuses dérives notamment des sites qui propose du Barkley à distance et dont la formation ne me semble que difficilement évaluable vu que Barkley n'est pas une formation diplômante par un organisme en soi. Le fait que rien ne valide ces formations entrainent une hétérogénéité qui dessert le TDAH et les familles touchés. A titre personnel j'ai déjà vu des séances Barkley avec du psychodrame dedans ce qui est non sens complet au niveau du cadre théorique
Expert 46	Oui mais concrètement un voeu pieu
Expert 49	Selon la composition de la famille et son fonctionnement propre, les séances de groupe ne sont pas toujours adaptées. Également la visio doit pouvoir être mise en place pour les personnes habitant les déserts médicaux; le cadre strict du PEHP Barkley doit pouvoir être assoupli selon les particularités de chacun
Expert 52	Mobilisation de moyens considérables, mais indispensable pour cibler en particulier les familles en situation de précarité
Expert 65	Il y a déjà des méta-analyses sur les formats en ligne et les études à venir sont nombreuses. Il faut revoir la formulation "pas encore validé". Peut-être dire - Les premières données sur les évaluations des programmes parentaux en distanciel étant encourageantes, le groupe de travail propose.. Shou, S., Xiu, S., Li, Y., Zhang, N., Yu, J., Ding, J., & Wang, J. (2022). Efficacy of online intervention for ADHD: a meta-analysis and systematic review. Frontiers in Psychology, 13, 854810.
Expert 69	Vos questions ne sont pas vraiment captivantes, hein ? Et elles sont redondantes, en plus....
Expert 79	Format en présentiel à privilégier, permet plus d'interactions entre les parents ainsi que partage d'expériences que l'on ne retrouve pas en distanciel (format informatif et plus facile en termes de logistique)
Expert 83	D'après mon expérience clinique uniquement : Attention à la taille du groupe : si le groupe a de nombreux participants (par ex: > 12-15 familles) cela peut réduire les échanges ce qui est dommage car il est important que les parents puissent s'identifier entre eux dans leurs difficultés mais puissent aussi s'échanger des astuces gagnantes (bien souvent cela a plus d'impact quand il s'agit du professionnel)

	Attention aussi au format : si tout le programme est déroulé en une journée, cela à l'avantage que l'information est délivrée à certains parents qui ne peuvent pas se libérer plus régulièrement mais l'information donnée peut être noyée dans les différents apports donnés et finalement ne mettent rien en place ou encore certains parents peuvent dire qu'ils ont essayé de mettre en place un outil (ex: tableau de renforcement) mais que cela ne marche pas.
Expert 89	problème de l'accès aux soins, nombre de professionnels et éloignement

Recommandation 27

Voir tableau Principaux programmes de PEHP disponibles et validés en France: (Programmes destinés aux professionnels et aux parents), dans le Texte des recommandations.

Commentaires sur ce tableau

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	5	5	3	11	49	11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.67	97.33

Expert	Commentaires
Expert 1	Il faudrait différencier dans le tableau les PEHP spécifiques du TDAH et ceux qui ne le sont pas de façon plus claire De plus un GROS OUBLI dans les PEHP non spécifiques : le PSFP Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité SEUL programme de soutien à la parentalité EVALUE ET VALIDE EN FRANCE et adapté à la France (la littérature scientifique indique que l'adaptation culturelle, contextuelle (protocole d'implantation et formation pour les professionnels qui l'animent) est indispensable à sa réussite PSFP a été choisi par santé publique France au regard de la revue de la littérature (évaluation initiale et continue-rapport ci joint) et figure dans le référentiel CPS publié par santé publique france en 2022 En revanche -incredible years ne débute à peine ses expérimentations sans adaptations culturelles -tripe P est a priori efficace en Australie, mais très cher, sans adaptation du programme (juste traduction). Il a été testé il y a 4 ans dans la région grand est et a été un échec de participation mais bénéficie d'une grande puissance commerciale
Expert 6	Je ne connais pas assez le sujet
Expert 9	Pour le PEHP Barkley, attention ! Comme dit précédemment, c'est une méthode souvent vantée et vendue par de nombreux professionnels comme étant "la solution miracle!" Or il n'y a pas de méthode magique ni universelle, de plus la méthode Barkley est très difficile à mettre en place et à tenir en pratique dans la durée. Pour les autres méthodes énoncées dans le tableau, je ne les connais pas.

	Par contre, la TCC mêlée à l'ACT fonctionnent très bien. Et si on peut cumuler avec de la sophrologie, c'est encore mieux.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Il serait bon d'argumenter les choix du lecteur par des évaluations de ces différents PEHP. Le groupe de travail pourrait recommander la traduction des PEHP pas encore disponibles en français et leur évaluation.
Expert 16	Voir réponse au-dessus. J'ajoute que "defiant teens" a 18 séances (pas présenté dans le tableau) et est quasiment pas évalué ; et d'expérience quasi impossible à mettre en place du fait de ses 18 séances. Il met d'ailleurs l'accent pour sa 2° partie sur la question de la communication et de la résolution de problèmes (encore plus généraliste à mon sens que "defiant children". Il me semble qu'en généralisant (p.ex. le public cible) et sa supposée facilité à mettre en place pour le Barkley, on rate : - la diversification des propositions qui permettraient de répondre à différent parent - les difficultés d'engagement des parents (trop peu présentées en formation). Chacko, A., Jensen, S. A., Lowry, L. S., Cornwell, M., Chimklis, A., Chan, E., ... & Pulgarin, B. (2016). Engagement in behavioral parent training: Review of the literature and implications for practice. Clinical child and family psychology review, 19, 204-215.
Expert 26	On pourrait encore citer le programme hyperMCBT proposé en parallèle aux parents et aux enfants de 7 à 14 ans, 17 séances; inspiré du programme Barkley, de la pleine conscience , de la thérapie ACT et de la résistance non violente ; il inclut la psychoéducation sur le TDAH . Question :est-il validé en France?
Expert 28	Attention aux durées des séances qui semblent parfois longues (1h / 2h) pour de très jeune enfant, quand ils y assistent ou qu'ils doivent être participants. Il serait intéressant que les Recommandations définissent aussi un cadre propice pour ce type d'accompagnement
Expert 35	Les orthophonistes par l'accompagnement parental orthophonique peuvent proposer ces types d'interventions, remboursées et donc accessibles.
Expert 36	Quelle est la recommandation ? Le tableau est bien présenté mais pas habituel dans une publication HAS : . Le niveau de preuves est faible quant aux études considérées comme validées en France
Expert 38	Je veux bien les données scientifiques qui valide ces programmes, et au-delà de la validité de ces programmes, il me semble important que les formations soient contrôlées ou que l'on puisse s'assurer que la formation est bien en accord avec le programme dispensé. Attention pour Triple P j'ai l'impression que vous mélanger deux choses il y a le programme en groupe qui est 8 séances de 2h, et il existe la formation online (je ne sais pas si la version online a été validé au niveau du tdah). De plus la mention "formation spécifique avec validation pour devenir animateur " devrait aussi apparaitre. Enfin il me semble que seul triple p et incredible years sont recommandé par l'OMS parmi la liste proposée je pense que ce serais utile de le faire préciser dans le tableau.
Expert 40	Difficulté de compréhension de ce tableau, notamment sur les groupes réellement accessibles en France
Expert 62	Lien odile jacob : page introuvable Lien Barkley en anglais : accessibilité aux famille non bilingue ?? Vers qui se tourner pour trouver ces séances ? Hôpital ? Centre spécialisé ?
Expert 63	- une inversion dans le tableau à l'onglet "Thérapie d'interaction parent-enfant" entre IDE et IDP - il manque un "x" au même onglet à "jeux"
Expert 65	Il faudrait distinguer les programmes spécifiques du TDAH et ceux qui s'adressent à des troubles externalisés ou à l'amélioration des stratégies parentales en général.
Expert 67	Ajout de : - programme ETP "Pour mieux vivre avec un TDAH" https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/mettre-en-oeuvre-un-programme-d-etp-pour-mieux-vivre-avec-un-tdah-pour - programme REACT : https://www.association-react.com/methodologie-react/
Expert 73	Mise en place d'un annuaire mis à jours tous les 6 mois , national, de professionnels formés à ces programmes??
Expert 84	Il faudrait mettre des éléments sur le programme triple p https://www.clepsy.fr/education-positive-le-programme-triple-p/ Et distinguer dans le tableau sur les ressources web :

	-pr les professionnels qui veulent se former -pr les parents qui recherchent un accompagnement de cet ordre Sous ces aspects le tableau n'est pas clair pour l'instant je trouve
Expert 89	je ne suis pas compétente pour juger ces programmes

3.3 Quelle place pour les règles hygiéno-diététique dans la prise en charge ?

Recommandation 28

Il est recommandé d'interroger de façon systématique les familles sur le mode de vie de l'enfant avec TDAH : activité physique, sommeil, alimentation. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	5	11	70	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Plus qu'un accord d expert
Expert 11	Ajouter usage d'écrans
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. S'agit-il vraiment d'une recommandation ? Cela entre dans les éléments d'anamnèse à collecter systématiquement dès les premiers entretiens puis pendant le suivi du patient (cf. paragraphes 2.4.1 à 2.4.4 et recommandations correspondantes).
Expert 15	J'ajoute le temps d'écran et la manière dont ils sont utilisés pour prévenir toute addiction https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-les-usages-problematiques-decrans
Expert 16	Il importe de "normaliser" les difficultés rencontrées pour avoir les réponses les plus honnêtes possibles.
Expert 21	PLUS QUE JAMAIS ET LES TEMPS D'ECRANS
Expert 26	Il faut rajouter usage des écrans , avec quelques recommandations à ce sujet Troubles liés à l'usage des écrans: une revue de la littérature de l'enfant à l'adulte Laura Vigier thèse de doctorat en médecine U Caen-Normandie 8 7 2020 01 2020 Haut conseil de la santé: avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et de jeunes aux écrans Société Canadienne de pédiatrie 09 2019 :0 écran avant 2 ans ,moins d'1 h par jour entre 2 et 5 ans
Expert 35	La régulation par le sport a été prouvé pour diminuer les troubles du TDAH, ainsi que l'apprentissage de la musique améliorant considérablement l'attention, les fonctions exécutives, et toutes les mémoires, les neurotransmetteurs, le circuit de la motivation, altérée pour les TDAH et

	évitant aussi les conduites addictives nocives à l'adolescente en insufflant aux enfant des passions futurs qui renforcent leur confiance en eux et crée des repères sociaux fondamentaux. Voici les articles qui le montrent. Lasse Christiansen, Mikkel M. Beck, Niels Bilenberg, Jacob Wienecke, Arne Astrup, and Jesper Lundbye-Jensen :`Effects of Exercise on Cognitive Performance in Children and Adolescents with ADHD: Potential Mechanisms and Evidence-based Recommendations¿. J Clin Med. 2019 Jun; 8(6): 841. Bar Lambez , Anna Harwood-Gross , Elana Zion Golumbic , Yuri Rassovsky `Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis¿ J Psychiatr Res. 2020 Jan;120:40-55. Medicine (Baltimore). 2019 Nov;98(46):e17980. Impact of physical exercise on children with attention deficit hyperactivity disorders: Evidence through a meta-analysis. Zang Y. Michèle Mazeau et Alain Pouhet (2014): Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l¿enfant. Page 130. Éditions Elsevier Masson. Christina Neudecker , Nadine Mewes , Anne K Reimers , Alexander Woll `Exercise Interventions in Children and Adolescents With ADHD: A Systematic Review¿ J Atten Disord. 2019 Feb;23(4):307-324. William E Pelham , Keith McBurnett, Gary W Harper, Richard Milich, Debra A Murphy, Joseph Clinton, Cathy Thiele `Methylphenidate and baseball playing in ADHD children: who¿s on first?¿ J Consult Clin Psychol. 1990 Feb;58(1):130-133.
Expert 36	Qui interroge ? Ces questions font partie de l'entretien clinique et doivent tenir compte de la variabilité des réponses familiales : méconnaissance, dissimulation, mauvaise interprétation...
Expert 41	Il n'a pas été mentionné la problématique du temps d'écrans qui semblent entrer dans les RHD
Expert 45	Écrans
Expert 46	Oui mais pas n'importe comment Il faut structurer l'interview et le répéter si traitement engagé
Expert 53	Place des écrans ? je veux dire, explicitement, pas implicitement au travers du questionnement sur le sommeil par exemple
Expert 55	Oui mais il faut également questionner le cadre éducatif posé sur ces différentes questions (problème en lien direct avec les symptômes de l'enfant ou bien conséquences d'un défaut de cadre éducatif ?)
Expert 63	Il manque un "s" dans votre titre à "règles hygiéno-diététiques"
Expert 69	Évidemment

3.3.1 Sommeil Les troubles du sommeil constituant une comorbidité fréquente du TDAH, l'évaluation clinique du rythme veille /sommeil fait partie intégrante de l'évaluation du TDAH.

Recommandation 29

Il est recommandé de proposer des stratégies comportementales (voir réseau morphée, institut national du sommeil et de la vigilance) pour la gestion du sommeil, en considérant les besoins spécifiques de l'enfant et de son environnement. (Accord d'experts)

Il est recommandé d'orienter vers une consultation spécialisée en sommeil si ces stratégies ne sont pas suffisantes. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	2	1	10	72	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 9	Oui! Sachant que les consultations spécialisées en sommeil sont trop rarement proposées et de manière aléatoire.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Quels outils peuvent être utilisés pour le dépistage de troubles du sommeil? Quelles questions doivent-elles être posées systématiquement? Au regard de la fréquence de la comorbidité TDAH/sommeil, le groupe de travail pourrait recommander que la formation des professionnels au TDAH doive inclure le sommeil et la prise en charge de ses troubles. Le syndrome de retard de phase (à distinguer d'une insomnie d'endormissement) est exceptionnel chez l'enfant et concerne plutôt les adolescents. De plus, son diagnostic nécessite au moins une évaluation actigraphique et des agendas du sommeil bien tenus. Chez l'enfant, il faudrait plutôt parler de typologie vespérale ou de résistance au coucher. Le DSM-5 ne précise pas si le SJSR est un trouble observable chez l'enfant et l'adolescent : classé dans les troubles de l'alternance veille-sommeil vers la fin du manuel.
Expert 26	Il est nécessaire de doser la ferritine : Lien entre taux de ferritine et mouvements anormaux dans le sommeil Lien entre TDAH et carence martiale (métaanalyse Cortese 2012) On peut encore rajouter les mouvements périodiques du sommeil
Expert 31	Sur la comorbidité trouble du sommeil et tdah, j'ai rédigé un texte de synthèse en PJ.
Expert 35	Il est recommandé d'effectuer des prise en charge des troubles du sommeils rapidement car ils augmentent les troubles du TDAH et l'épuisement parental. Parfois, certains patients attendent l'âge 4 ans pour enfin dormir avec l'aide de la mélatonine sachant que le trouble de retard de phases et les réveils nocturnes chez les TDAH sont pourtant si fréquents 30 %. Les troubles du sommeil majorent les troubles du TDAH et ceux associés, à cause de l'accentuation de la fatigue.
Expert 36	Les consultations spécialisées en sommeil sont rarement adaptées à un enfant souffrant de TDAH . La recommandation ne tient pas compte de la réalité de l'offre et risque de majorer les symptômes si elle ne peut être suivie.
Expert 37	Dans le paragraphe suivant qui évoque le retard de phase et le syndrome de jambes sans repos, il me semble important de rajouter la notion de Somnolence diurne excessive. La somnolence diurne est un symptôme fréquemment associé au TDAH pouvant être une conséquence d'un trouble du sommeil avec un impact négatif important sur la qualité de l'attention mais elle peut aussi correspondre à une forme de particulière de TDAH peu connu et trop peu diagnostiqué. La somnolence diurne est un symptôme qui doit être recherché systématiquement chez l'enfant TDAH et qui nécessite une consultation en sommeil
Expert 38	Ok sur le principe mais donné la marche à suivre pour avoir une consultation spécialisé car même en centre de référence nous n'y arrivons pas....
Expert 41	Quelle place pour la Mélatonine dans les décalage de phase fréquents chez les TDAH et souvent prescrits par les pédopsychiatres ? La place de la mélatonine n'a pas été mentionné (y compris comme n'ayant aucune place) dans la globalité du texte.
Expert 46	GSEA (Groupe sommeil de l'enfant et de l'adolescent de la SFRMS)
Expert 57	Prendre en compte la difficulté d'accès aux consultations spécialisées en sommeil
Expert 64	Je n'ai pas vu dans l'argumentaire la question de la prescription de mélatonine. Low Doses of Melatonin to Improve Sleep in Children with ADHD: An Open-Label Trial. Checa-Ros A, Muñoz-Hoyos A, Molina-Carballo A, Viejo-Boyano I, Chacín M, Bermúdez V, D'Marco L.

	Children (Basel). 2023 Jun 28;10(7):1121. doi: 10.3390/children10071121.
Expert 66	La place de la mélatonine à libération prolongée est à discuter. Très souvent prescrite et efficace pour de nombreux patients mais hors AMM
Expert 69	Évidemment
Expert 87	Le paragraphe sur l'hygiène de sommeil et le sd de retard de phase sont très bien… Mais le sd des jambes sans repos me pose qq soucis : 1/En médecine du sommeil, il est recommandé chez l'enfant de réaliser une polysomnographie en cas de sd des jambes sans repos, bien que le diagnostic soit clinique, notamment quand il n'est pas certain, à la recherche d'un sd de mouvement périodique des membres inférieurs, qui peut être un argument supplémentaire pour le diagnostic de SJSR chez l'enfant… par ailleurs le Sd de mouvement périodique des jambes est associé au SJSR dans 2/3 des cas, et peut altérer la qualité du sommeil. S'il est retrouvé un SJSR, cela justifie donc en soi donc le recours à une cs spécialisée sommeil en vue d'une exploration par PSG. Par ailleurs, il me parait plus logique de commencer par la définition du SJSR (dernier paragraphe) et de la faire suivre par la nécessité de rechercher une carence martiale = définition avant examen complémentaire en toute logique Les mesures « carrelage et douche » me paraissent superflues… 2/Il est évoqué dans le tableau comorbidités et diag différentiels du TDAH à rechercher systématiquement… le syndrome d'apnées obstructif du sommeil (SAOS).. Mais dans cette partie rédactionnelle cela n'est pas évoqué… il est vrai que la marche à suivre entre 2 et 7 ans (cf concensus SFRMS Aubertin 2023) est complexe afin de savoir si il est recommandé de réaliser un enregistrement du sommeil à la recherche d'un SAOS ou non (ORL directement).. ce qui n'est pas chose évidente… notamment à détailler ici.. Mais il me semble essentiel d'évoquer la nécessité de rechercher une hypertrophie (adéno)-amygdalienne en cas de suspicion de SAOS du sommeil de l'enfant chez un enfant présentant un ronflement et des symptômes évocateurs de TDAH.. et donc de l'orienter chez un ORL qui pourra demander la réalisation d'une polysomnographie si celle-ci est nécessaire… le passage chez l'ORL étant direct si il ne nécessite pas d'enregistrement préalable à l'adéno-amygdalectomie (2 à 7 ans, sans risque opératoire majoré ou risque d'échec de l'adéno-amygdalectomie) et si la polysomnographie retrouve un SAOS modéré de l'enfant (IAH>5/H) afin de réaliser une (adéno) amygdalectomie si les amygdales sont hypertrophiées (grade 3 ou 4)… enfin en dehors de la tranche d'âge de 2 à 7 ans il est nécessaire en cas de suspicion de SAOS de réaliser un enregistrement du sommeil à la recherche d'un SAOS justifiant donc une prise en charge spécialisée sommeil. **S'il est retrouvé une symptomatologie évocatrice de SAOS chez un enfant dont la symptomatologie diurne est évocatrice de TDAH, l'enfant devrait être évalué soit par un ORL directement entre 2 et 7 ans sans risque opératoire majoré ou risque d'échec de l'(adéno-)amygdalectomie, sinon par un médecin du sommeil en vue de réaliser un enregistrement du sommeil…** 3/Enfin l'insomnie d'endormissement dans le cas des troubles anxieux comorbides est fréquente et devrait être évoquée afin de pouvoir la distinguer du sd de retard de phase et de l'hygiène de sommeil…

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.

L'existence 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.

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR), s'exprime sous la forme de sensations désagréables dans les jambes augmentant le soir, obligeant le sujet à se relever (un peu comme des fourmis sur les jambes). Marcher sur un carrelage froid, ou bien une douche froide sur les mollets diminuent ces sensations désagréables et/ou douloureuses.

3.3.2 Alimentation

Le TDAH peut être associé à un risque de trouble du comportement alimentaire.

Recommandation 30

Il est recommandé d'être vigilant sur le comportement alimentaire et sur l'équilibre nutritionnel (programme PNNS). (Accord

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	3	5	9	67	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	cf obésité (c'est plus qu'un accord d experts cf argumentaire)
Expert 3	Peut-être ajouter l'intérêt de dépister un TCA de type Hyperphagie boulimique ou boulimie si changement de couloir de l'IMC car prévalence augmentée de ces deux TCA chez les sujets avec ADHD par rapport à la population générale (respectivement 10,2% et 14,8%). Reference : Kessler et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biol Psychiatry 2013;73(9):904-14
Expert 5	Programme PNNS ? quelle validation de ce programme ?
Expert 11	« Le TDAH peut être associé à un risque de trouble du comportement alimentaire » Suggestion : Le TDAH est associé à un risque de trouble des conduites alimentaires, en particulier caractérisés par des épisodes de binge. Article : Brunault P, Frammery J, Montaudon P, De Luca A, Hankard R, Ducluzeau PH, et al. Adulthood and childhood ADHD in patients consulting for obesity is associated with food addiction and binge eating, but not sleep apnea syndrome. Appetite. 1 mai 2019;136:25-32.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. S'agit-il vraiment d'une recommandation ? Cela entre dans les éléments d'anamnèse à collecter systématiquement dès les premiers entretiens puis pendant le suivi du patient (cf. paragraphes 2.4.1 à 2.4.4 et recommandations correspondantes). Je n'imagine pas que les psychiatres et pédopsychiatres qui prennent en charge des TDAH prennent aujourd'hui en compte l'équilibre nutritionnel. Il serait intéressant de savoir combien pèsent et mesurent la taille de leur patient, sans parler de la prise de la tension artérielle...
Expert 16	Mentionner clairement dans le texte la surveillance de la surconsommation des boissons énergisantes qui contribuent au décalage de phase et est corrélée aux difficultés scolaires. Voir p.ex. Seifert, S. M., Schaechter, J. L., Hershorin, E. R., & Lipshultz, S. E. (2011). Health effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults. Pediatrics, 127(3), 511-528.
Expert 17	Cependant la vigilance ne doit pas faire culpabiliser les familles dont les enfants peuvent avoir des particularités sensorielles de type hypersélectivité alimentaire, mettant en difficulté l'équilibre nutritionnel
Expert 21	EDUCATION PARENTALE DU CADDIE QUAND ONT FAIT LES COURSES Mettre plutôt ce qui est recommandé par les reco alimentation saine et équilibrée...

Expert 23	Empirically derived dietary patterns and food groups intake in relation with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A systematic review and meta-analysis. Elham Shareghfarid, Zohreh Sadat Sangsefidi 2020 Conclusion : Le modèle alimentaire "sain", fortement chargé en légumes, fruits, légumineuses et poisson, a réduit les risques de TDAH jusqu'à 37 %. En outre, l'adhésion au modèle de "malbouffe" contenant des boissons sucrées et des desserts, ainsi qu'au modèle alimentaire "occidental" comprenant de la viande rouge, des céréales raffinées, des viandes transformées et des graisses hydrogénées, l'a augmenté. De plus, le chercheur Antony Fardet, met également en garde contre la nourriture ultra transformée, dans la population globale. Ce n'est donc plus de la vigilance, mais c'est important, voir nécessaire et ça coïncide aussi avec le fait que l'incidence du TDAH plus élevés dans les contextes socio-économiques défavorables. D'où ,l'importance de la prévention dans ces zones ? Peut être par le biais des maisons de santé pluriprofessionnelles?
Expert 32	Pas forcément nécessaire
Expert 35	La surcharge de sucre peut accentuer l'agitation. article https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0515370023002240 Actualités Pharmaceutiques Volume 62, Issue 627, June 2023, Pages 48-52 Il est donc important de diminuer le sucre. Il est important d'effectuer si difficultés alimentaires, avant la mise en place du traitement, un bilan orthophonique de dysoralité alimentaire ou Bilan des fonctions myo-oro faciales.
Expert 69	Évidemment
Expert 72	Je ne dirais pas "risque de trouble du comportement alimentaire" qui fait évoquer immédiatement l'anorexie et la boulimie, alors que le premier risque est le surpoids et l'obésité. Je parlerais plus de "risque de comportement alimentaire inadapté".
Expert 87	Pas de remarque sur les Additifs et Exhausteurs qui sont dit pourvoyeurs de troubles de l'attention… pas de niveau de preuve suffisant ?

Recommandation 31

Il n'est pas recommandé de proposer des évictions alimentaires ou des régimes spécifiques (qui risquent par ailleurs d'entrainer des carences), en tant que traitement du TDAH. (Accord d'experts)

Il n'est pas recommandé de proposer des supplémentations (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	4	2	5	8	56	6

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.60	97.40

Expert	Commentaires
Expert 1	Comme cité dans l'argumentaire , ce ne sont pas des "accords d'experts"
Expert 7	Il me semble que la LTO3 a montré son efficacité contre placebo. Elle peut être intéressante dans certains cas comme lors d'une contre indication cardiologique aux psychostimulants.
Expert 9	Ok pour ne pas proposer d'évictions alimentaires ou des régimes spécifiques. Par contre, plutôt pour proposer des supplémentations si bilan réalisé et besoins, notamment en fer (perfusion) mais aussi en vitamines. Il serait opportun de se pencher un peu plus sur le microbiote aussi et l'apport de certains probiotiques, mais la France accuse un énorme retard en la matière. Pourtant il y a des professionnels formés, DU en micronutrition et qui font de la recherche sur le lien entre TND et microbiote. Par contre, problème au niveau du coût et du non remboursement.
Expert 11	Suggestion sur la forme : Il n'est pas recommandé de proposer des évictions alimentaires, régimes spécifiques (qui risquent par ailleurs d'entraîner des carences) ou supplémentation, comme traitements du TDAH.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. En cas d'insuffisance pondérale constitutionnelle ou iatrogène (diminution de l'appétit liée aux psychostimulants), la prescription d'un complément alimentaire peut être utile. Cela n'inclut pas des supplémentations vitaminiques ou autres. Il serait bon de rappeler que le TDAH n'est pas dû à une carence alimentaire, martiale, vitaminique, etc. et qu'il n'est pas recommander de prescrire des bilans biologiques sanguins à la recherche aveugle d'anomalies.
Expert 15	Promouvoir une alimentation équilibrée
Expert 21	NON MAIS MANGER DU POISSON REGULIÈREMENT
Expert 23	Repris du commentaire précédent. Un régime non, mais un changement de type d'alimentation oui.
Expert 24	C.f. argumentaire : au moins insister sur l'alimentation saine sans parler du traitement du TDAH évidemment, mais de l'influence de l'alimentation saine dans sa survenue "- une alimentation saine riche en légumes, fruits, poissons, légumineuses et pauvre en boissons sucrées, desserts, viande rouge, des céréales raffinées, des viandes transformées et des graisses hydrogénées ; une méta-analyse avec revue systématique menée sur la base de 6 études montre une diminution de 37% du risque de développer un TDAH avec un régime alimentaire sain (OR: 0-63; 95% CI: 0-41, 0-96), et augmentation de 1.92 de développer un TDAH avec la malbouffe (Empirically derived dietary patterns and food groups intake in relation with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A systematic review and meta-analysis),"
Expert 26	Pour les omégas 3 , ne faudrait-il toutefois pas nuancer , au vu des métaanalyses de Faraone (2021):2641 patients avec un effet faible à moyen sur les symptomes du TDAH ..,?Si les parents demandent? De même pour la suppression des colorants alimentaires (cf argumentaire) Il faut par contre sûrement citer la nécessité d'un régime équilibré
Expert 32	Sauf si carences en Fer ou vitamine D
Expert 34	A noter que selon cette metaanalyse https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23360949/ la supplémentation en acide gras libres entraîne des effets significatifs même si faibles sur les symptômes du TDAH. Les colorants alimentaires artificielles entraînent des effets significatifs sur les individus sélectionnés pour leurs sensibilités individuelles Cette étude montre également que les acides gras polyinsaturés omega 3 ont un effet sur les symptômes du TDAH https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28741625/
Expert 35	Il est essentiel de proposer un bilan sanguin avec des besoins des supplémentations en fer, déficitaire pour les TDAH , oméga 3 vitamine B6 et manque de magnésium en raison de l'hyperactivité. Cf articles Wang, Y., L. Huang, L. Zhang, Y. Qu and D. Mu (2017). « Iron Status in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : A Systematic Review and Meta-Analysis. » PLoS One 12(1) : e0169145. [2] Konofal, E., M. Lecendreux, J. Deron, M. Marchand, S. Cortese, M. Zaim, M. C. Mouren and I. Arnulf (2008). « Effects of iron supplementation on attention deficit hyperactivity disorder in children. » Pediatr

	Neurol 38(1) : 20-26. [3] Sever, Y., A. Ashkenazi, S. Tyano and A. Weizman (1997). « Iron treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder. A preliminary report. » Neuropsychobiology 35(4) : 178-180. [4] Brain iron levels in attention-deficit/hyperactivity disorder : A pilot MRICortese S, Azoulay R, Castellanos FX, Chalard F, Lecendreux M, Chechin D, Delorme R, Sebag G, Sbarbati A, Mouren MC, Bernardina BD, Konofal E. World J Biol Psychiatry. 2011 May 17. [Epub ahead of print
Expert 45	Il me semblait que le rôle des colorants alimentaires avaient été démontré, ainsi que le bénéfice d'une supplémentation en fer même si absence de carences? (désolée je ne retrouve pas les articles)
Expert 63	Vous avez le point à la fin de la seconde phrase après "supplémentations (accord d'experts)"
Expert 69	Question sans intérêt
Expert 84	Je préciserais quand même qu'il est recommandé de vérifier que le patient a un régime alimentaire équilibré, car les régimes alimentaires avec une quantité importante de sucre et/ou de colorants/additifs industriels peuvent conduire à une aggravation modérée mais significative de la symptomatologie.
Expert 85	Je préciserais quelque part que le bilan martial et calcique reste de bon aloi dans ce contexte.

3.3.3 Activité physique

Recommandation 32

Bien que non spécifique, il est recommandé de conseiller aux enfants et adolescents avec TDAH, la pratique d une activité physique régulière, c est-à-dire au moins 30 minutes d activité physique soutenue (recommandations de l OMS), au moins trois fois par semaine. (Accord d experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	4	5	10	63	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Comme cité dans l'argumentaire ce n'est pas un "accord d'experts" Peut être utile de découper cette recommandation sur ce qui est prouvé avec grade fort (cf argumentaire) et ce qui ne l'est pas encore mais semble en découler (accord d'experts)
Expert 6	On pourrait rajouter comme pour tous les enfants; ce n'est pas spécifique du TDAH
Expert 7	Attention ce n'est pas une recommandation spécifique au TDAH. Par ailleurs, si je suis entièrement d'accord avec cette recommandation il est important de l'encadrer et de bien expliquer ce que l'on entend par sport. Un enfant avec un TDAH n'est pas toujours hyperactif et il est fatigable ; et il a parfois

	aussi un TDC associé et cela peut avoir un impact majeur sur son estime de lui-même si du sport est proposé sans être adapté.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. S'agit-il vraiment d'une recommandation en lien avec le TDAH? La plupart des adolescents ont une activité physique et sportive au collège ET pratiquent un sport extra-scolaire.
Expert 17	Sensibilisation des clubs de sport à l'inclusion
Expert 21	OBLIGATOIRE ET AVEC LES PARENTS LE WE
Expert 23	Medicine (Baltimore). 2019 Nov;98(46):e17980. Impact of physical exercise on children with attention deficit hyperactivity disorders: Evidence through a meta-analysis. Zang Y. Je remets ici la référence, mais le sport me semble important à mettre en avant. Là encore le contexte socio-économique défavorisé renforce les inégalités territoriales sur la prise en soin des enfants et ado avec un TDAH
Expert 34	Pourquoi non spécifique ? Il existe plusieurs meta-analyse qui étayent l'aide de l'activité physique spécifiquement dans les symptômes du TDAH https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35305344/ https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537023003140 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37033046/
Expert 35	Le sport est fondamental pour baisser le TDAH et doit être proposer systématiquement dans la psychoéducation effectués par tous les professionnels cf articles Etude de 2022 De Seiffer B, Hautzinger M, Ulrich R, Wolf S The efficacity of physical Activity for children with Attention Dificit Hyperactivity Disorder Meta analyse Journal of Attention Disorder 26 (5)656-673
Expert 44	cf. OMS, 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue
Expert 45	Moi je recommande 7x/semaine et 1h/jour
Expert 50	Thèse thais Quere Montpellier
Expert 55	Il faut accompagner le jeune et sa famille vers une activité dans laquelle il peut s'inscrire au regard de sa symptomatologie (vis à vis du groupe ou des exigences de performances).
Expert 61	Les recommandations de l'OMS pour les enfants de 5 à 17 ans associent l'activité physique soutenue 3 fois par semaine à "60 minutes par jour à une activité physique d'intensité modérée à soutenue, principalement d'endurance, tout au long de la semaine", pourquoi ne pas avoir repris cette proposition complète?
Expert 69	Question sans intérêt et pourquoi pas lui conseiller de prendre l'air régulièrement aussi ?
Expert 77	Il semble que les données retrouvent qu'une activité plus élevée 40min intense a aussi des résultats positifs sur le développement. Si les données sont suffisamment claires pour dire que cela a un bénéfice supérieur aux 30 minx3/sem, ne devrait-il pas sy avoir l'ajout d'une phrase disant. Une activité plus intense pourrait aussi avoir des bénéfice supplémentaires?
Expert 82	Je voudrais attirer votre attention sur la pratique souvent trop intensive chez les sujets TDAH. En effet, cela provoque surtout de la surexcitation, c'est à dire d'être toujours dans une position active et de maîtrise (toute relative) avec un recrutement tonique permanent. Il faudrait alterner la pratique de l'activité physique avec des pratiques plus impressives comme la relaxation thérapeutique, par exemple la relaxation du Dr Jean Bergès créée pour les enfants hyperkinétiques créée à Sainte-Anne depuis 40 ans et pratiquée par de nombreux psychomotriciens.
Expert 85	Certes mais on tombe ici dans un niveau de non spécifique qui me semble contraster avec certains manques par ailleurs...
Expert 89	valable pour tous mais encore plus es enfants qui peuvent en plus être valorisés dans ces activité physiques
Expert 90	Préciser "de la population générale" après "recommandations de l'OMS"

3.4 Quel accompagnement scolaire et pédagogique ?

Le retentissement du TDAH dans le milieu scolaire est généralement majeur. Lors de la prise en charge d'un enfant avec TDAH, il est nécessaire d'objectiver ce retentissement, initialement puis lors du suivi.

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Recommandation 33

Avec le consentement et en lien avec la famille et l'enfant, il est recommandé de favoriser les contacts avec l'établissement scolaire, afin que puissent être mis en place des aménagements adaptés aux besoins des enfants et des adolescents. Il est recommandé de maintenir un lien régulier avec le milieu scolaire, en partenariat avec la famille. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	8	70	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Comme cité dans l'argumentaire ce n'est pas un "accord d'experts" Peut être utile de découper cette recommandation sur ce qui est prouvé avec grade fort (cf argumentaire: efficacité des interventions scolaires, importance des "attributions causales perçues", de l'étiologie du TDAH, de la perception de l'élève de lui même, relations interpersonnelles, atmosphère, stigmatisation, conflits) et ce qui ne l'est pas encore (accord d'experts)
Expert 9	Favoriser le contact avec l'établissement scolaire, oui!!! Mais il y a un énorme travail à mener! Les portes de l'éducation nationale restent souvent closes. Pourtant le besoin est immense, mais les parents ne sont pas entendus et souvent pas les bienvenus.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Ce principe est, par exemple, rappeler dans les recommandations du CADDRA et du NICE (NG87). Notamment, lors des changements d'établissements ou de niveau (entrée au Cours Préparatoire, en 6ème, en 2nde/CAP). Le rôle du médecin scolaire devrait être rappelé pour la mise en place des PAP et des PPS.
Expert 22	Rendre l'accès aux écoles pour les professionnels paramédicaux recommandées (travail avec les Inspections Académiques). L'accès nous ai parfois refusé dans certains départements... Passer par une prescription médicale pour ces interventions ?
Expert 23	Le modèle P4C Partnering for Change serait idéal pour ces enfants et faire le lien entre les intervenants, l'école et les parents https://www.partneringforchange.ca/what-is-p4c/#:~:text=The%20Partnering%20for%20Change%20%28P4C%29%20model%20of%20service,services%20for%20children%20with%20special%20needs%20in%20schools.
Expert 29	La question du secret médical peut se poser à certaines familles, méfiantes par rapport au cadre scolaire. Le secret partagé doit être valorisé afin que chaque membre de l'équipe éducative puisse bien comprendre le fonctionnement de l'enfant et que des aménagements spécifiques correspondant à l'enfant en question puissent être mis en place en bonne compréhension du trouble que subit l'enfant d'une part, et du respect de la place de chacun d'autre part.

Expert 32	Selon le désir des familles et les moyens du médecin (question de temps médical !)
Expert 35	Oui, systématiquement réunion de PAP recommandées (réunion payante pour les orthophonistes car sinon, elles ne se déplacent pas bénévolement) Et bien parler aux enseignants sans le cacher des diagnostic de TDAH chez l'enfant et l'adolescent même si bonnes compensations cognitives avec résultats scolaires dans la moyenne. Se préparer parfois rapidement à des demandes d 'adaptations si besoin en cours d'années quand les notes ou le comportement baisse.
Expert 36	Rappel nécessaire sur la confidentialité et l'usage des données
Expert 52	Difficile à appliquer en dehors du contexte d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée référente de la situation individuelle
Expert 60	Il faut une fois par an au moins vérifier l'évolution scolaire et en particulier la progression dans les apprentissages ainsi que la bonne application du PAP ou du PPS. Les périodes d'orientation sont un moment au cours desquelles l'impact du TDAH sur la scolarité doit être plus particulièrement évaluée en lien avec le milieu scolaire. Il faut aussi réévaluer cet impact au moment des examens (DNB, baccalauréat, CAP en particulier).
Expert 63	Vous avez oublié le point à la fin de la 1ère phrase après le mot "suivi"
Expert 65	Attention à la faisabilité de ce "lien régulier" et de "qui est responsable de ce lien" car il risque de ne pas être gérable notamment par les médecins - c'est souvent le rôle des rééducateurs ou des infirmiers dans une équipe et seulement faisable dans des situations particulières en cas de difficultés importantes en milieu scolaire par ex.
Expert 66	Cela est vrai même si les résultats scolaires sont bons
Expert 69	Attention, toujours mettre la famille au centre du dispositif. RIEN, absolument rien ne doit être ni décidé, ni discuté, hors de sa présence. Soyons sérieux, par ailleurs, conserver des contacts positifs avec l'établissement scolaire quand on a un enfant TDAH dont le H est premier, c'est de l'utopie, hein ?
Expert 74	A propos de **l'annexe 1** Il serait essentiel d'ajouter une phrase introductive/générique indiquant qu'il n'est pas recommandé de transmettre systématiquement de manière indifférenciée pour tous les enfants TDAH cette liste de conseils et stratégies à destination des parents ou des enseignants, ce que l'on constate malheureusement souvent sur le terrain (par ex, à la fin des CR des spécialistes). Il y a peu de probabilité que ces conseils/stratégies soient réellement utiles de manière systématique car tout dépend des particularités du profil neuropsychologique de chaque enfant ; il serait donc utile d'indiquer que ces conseils ne constituent qu'une liste générique qu'il convient d'adapter à chaque enfant en fonction de la nature et de la sévérité exacte de ses difficultés, de ses ressources, du contexte dans lequel il évolue, etc. De la même manière que les conseils pour un enfant dysphasique ou dyspraxique varient considérablement en fonction de nombreux autres facteurs.
Expert 76	Plus facilement applicable (et pertinent) si ce lien à l'école est réalisé avec les professionnels de rééducation. Une réflexion autour de la reconnaissance des temps d'équipe pédagogique permettrait de favoriser la présence de ces professionnels paramédicaux dans ces réunions d'application des recommandations en vie quotidienne. De même que favoriser la guidance parentale au sein de chaque programme de rééducation (y compris orthophonique, psychomoteur etc.).
Expert 79	Etape primordiale dans la prise en charge et dans l'accompagnement Renvoi aussi sur la pluridisciplinarité dans le sens d'un soutien aux équipes pédagogiques, qui permettra une inclusion scolaire réussie
Expert 80	Cela dépend de l'accueil de l'établissement scolaire, de la sévérité du trouble et de la volonté de l'enfant d'en parler...
Expert 89	première étape de la prise en charge en classe

Recommandation 34

Il est recommandé d'informer l'établissement des répercutions scolaires du TDAH et des besoins de l'enfant afin que l'équipe enseignante puisse élaborer des aménagements pédagogiques personnalisés.

Il est utile qu'un échange puisse avoir lieu entre les enseignants, les professionnels soignants, la famille et l'enfant. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	1	1	2	10	67	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.41	97.59

Expert	Commentaires
Expert 1	Cf argumentaire, intérêt de l'échange et des interventions en milieu scolaire afin de préciser les -attentes scolaires/ comportementales et de vérifier leur adéquation entre la réalité du trouble -attentes du patient et de sa famille et de vérifier leur possibilité de mise en oeuvre
Expert 2	Une information auprès de la pairs de la classe peut aussi avoir son intérêt pour faire accepter certains aménagements, expliquer certains comportement en cours de récréation aussi.
Expert 9	Oui! Malheureusement en pratique, cela reste très compliqué, idem que pour la recommandation précédente, les portes de l'éducation nationale restent souvent closes.
Expert 11	Répercussions et non répercutions Rôle central de l'infirmier et du médecin scolaire pour protéger le secret médical et l'enfant/ado tout en proposant un accompagnement ciblé. Il semblerait plus juste d'informer ces personnes et non l'établissement.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Informer sauf si l'enfant ou ses parents s'y opposent par crainte d'une stigmatisation publique.
Expert 17	Orthographe de répercussions Formulation : des répercussion du TDAH sur les résultats scolaires/la scolarité
Expert 21	ET LEUR PROPOSER DES FORMATIONS OU DES TEMPS D'INFORMATIONS.
Expert 23	Oui mais attention, souvent les enseignants se disent TDAH = une adaptation. Mais ils ne prennent en compte l'individualisation de l'adaptation. Je pense qu'il est important de noter cette individualisation et vraiment centrer sur les besoins de l'enfant dans la classe plus que sur la patho.
Expert 29	Il est ESSENTIEL qu'un échange puisse avoir lieu....
Expert 33	Problème du secret médical, ce n'est pas une dérogation prévue au code de déontologie. Risque de conflits au sein de l'institution ordinal selon les régions et l'interprétation qui en est faite, ainsi que de la versatilité des parents voire des conflits intra familiaux
Expert 35	Oui, pour éviter les interprétations hâtives sur des troubles de compréhension, des incompétences, des troubles des apprentissages ou du comportement.
Expert 36	L'objectif étant de maintenir l'enfant en milieu scolaire, les contenus de l'information doivent être suffisants pour protéger l'enfant et ne pas le figer dans un état pathologique. L'échange est un terme trop peu signifiant ici, il vaudrait mieux s'assurer d'un partage d'informations utiles pour atteindre l'objectif ci-dessus
Expert 38	Ce serait super de donner des sites, ou les enseignants peuvent avoir des informations validées et pertinente, ou bien que les professionnels ou parents puissent donner une liste de site /reco pour les enseignants (encore une fois on trouve de tt sur internet) en plus de l'annexe (très bien faite) disponible dans votre document

Expert 45	Chronophage et très difficile à réaliser pour les libéraux il faudrait un acte spécifique facturable (négociations conventionnelles en cours...)
Expert 49	Il est également importer de favoriser et de faciliter les interventions des professionnels de santé au sein des établissements scolaires, et non pas uniquement pour les enfants bénéficiant d'un PPS
Expert 52	Idem 33 Faire référence aux futurs professeurs ressources TND de l'EN (Stratégie Nationale TND)
Expert 62	Faut-il que l'enseignant soit ouvert à la démarche et que le médecin expert soit disponible a faire un retour à l'équipe enseignante, a ce jour ce n'est que rarement le cas.
Expert 64	Il est recommandé avec l'accord des parents
Expert 65	Répercussions et non répercutions. Qui sont ces professionnels soignants en charge de ces échanges ? à quel moment doivent avoir lieu ces échanges ? quelle forme auraient-ils ? attention à ne pas recommander des choses infaisables.
Expert 66	idem : même en cas de bons résultats scolaires car il est important d'attirer l'attention sur le retentissement fonctionnel
Expert 67	Répercutions --> répercussions
Expert 69	Évidemment. Euuhh, on pourrait peut-être aussi former (de gré ou de force) les enseignants et leur marteler que les retentissements du TDAH ne sont pas dus à une mauvaise éducation….
Expert 73	Se fait au moment des ESS.. Difficile si les résultats scolaires sont corrects (pas de PAP accordé par les médecins scolaires) malgré les difficultés relatées par les enfants et les parents, coût important en termes de temps passé pour les apprentissages, ou si décalage des performances par rapport aux capacités cognitives. En pratique il est souvent attendu un épuisement physique et moral de l'enfant avec comme conséquence une baisse des performances scolaires pour mettre un PAP en place, anticiper éviterait ces souffrances scolaires
Expert 76	Qui transmets ces conseils et ces stratégies ? Sur quelle base ? La place des professionnels intervenant dans la prise en charge (post diagnostique) devrait être citée. Pour favoriser l'application de ces recommandations essentielles, l'accent doit être mis en amont sur l'appui d'une équipe pluridisciplinaire et de bilans permettant de préciser les besoins d'aménagements personnalisés. En pratique, très peu de médecins traitants (ou de médecins spécialistes en ville) ne pré-remplissent les PAP ou fournissent des recommandations d'aménagements en situation de classe.
Expert 79	RCP à organiser en plus des ESS afin de définir ensemble - professionnels de santé et de l'éducation - des traits saillants à prendre en compte et des aménagements à envisager dans différents points de vue + à ajuster régulièrement Ce qui implique des échanges réguliers (voire programmés tous les 6 mois - cf guide DYS HAS)
Expert 80	Idem...;
Expert 89	fiche de conseils
Expert 90	répercussion plutôt que répercution Peut être préciser "avec l'accord des parents" ?

Des conseils et stratégies à destination des parents et des enseignants sont détaillés en annexe, ils reprennent les principaux aménagements qui peuvent être proposés.

Recommandation 35

Il est recommandé que les enseignants bénéficient d'une formation spécifique pour comprendre et connaitre le TDAH et son retentissement, afin d'optimiser l'accompagnement des élèves concernés. (Accord d experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	3	8	71	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Plus qu'un accord d'experts si on précise ce que l'on peut attendre de ces interventions sur le comportement (cf argumentaire), et non sur certains symptômes du tdah +même remarque que reco 34
Expert 5	Il serait utile que les professionnels de santé formés au TDAH puissent participer à la formation des enseignants pour que le contenu de formation soit valide.
Expert 8	Encore une fois le milieu scolaire est très mal formé au TDAH et est donc soit non disposé à proposer / appliquer les adaptations soit ne sait pas comment faire. Les programmes de psychoéducation pourraient donc être une bonne solution en milieu scolaire, ou alors passer par le médecin scolaire qui est doit impérativement être formé et peux donc informer / former ensuite le personnel enseignant
Expert 9	Oui, oui et oui! Et une formation OBLIGATOIRE !
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. On ne peut pas se contenter d'un "accord d'expert" sur cette recommandation.
Expert 15	Complètement d'accord. cela éviterait également que les enseignants "plaquent" des aménagements à tous les enfants TDAH/agités
Expert 20	Une INFORMATION, plutôt qu'une formation ....et si possible sur tous les TND. Ce ne sont pas des professionnels soignants.
Expert 21	ABSOLUMENT AU MEME NIVEAU QUE LES PARENTS ET DES GROUPES D'ENTRAINEMENT AUX HABILETES D'ENSEIGNANT BIENVEILLANT++++++
Expert 23	Les neuroatypies devraient rentrer dans le programme de formation des enseignants et dans la formation continue des enseignants déjà sur le terrain.
Expert 25	Et les comorbidités fréquemment associées
Expert 29	Ces recommandations doivent être diffusées en direction de l'Education nationale. Mais la formation initiale des enseignants reste toujours très éloignée de l'évolution des connaissances théoriques et des recommandations de bonnes pratiques concernant les troubles.... Comment penser la diffusion de ces recommandations, les moyens, la formation des formateurs, la diffusion aux médecins de ville?....
Expert 33	Elément indispensable en complément de la formation des médecins !
Expert 35	Les informer du site tdah et ecole.fr Créer des formation pour eux car ils sont en demande mais très peu formés;
Expert 36	Peu pertinent s'il s'agit seulement d'un contenu de formation scientifique. L'autoformation via le web est fréquente chez les enseignants. La recommandation devrait porter clairement sur le bon contrôle des informations reçues et l'identification des aptitudes de l'enfant utiles pour sa progression scolaire. La question de l'auto-régulation (DAR) est-elle incluse dans cette recommandation ? elle est absente des suivantes.
Expert 43	Recommandé mais sûrement difficile à appliquer, puisque dans l'idéal, les enseignants devraient être

	formés au TDAH mais aussi aux troubles DYS et autres TND...
Expert 45	Formation TND à intégrer à leur cursus?
Expert 59	Qui le fait ?
Expert 66	Formation validée par des experts du tdah
Expert 69	Il faudrait aussi leur rappeler qu'un PPS s'impose à eux, n'est pas discutable et est opposable en justice. Parce que bon, depuis le temps, penser encore qu'ils pourraient être formés? je reste dubitative....
Expert 74	On ne peut être à nouveau que 100% d'accord avec cette préconisation, mais il apparaît essentiel en parallèle de considérer que la formation des enseignants sur les TND et le TDAH en particulier est insuffisante à l'heure actuelle et ne peut pas passer exclusivement par des formations continues à répétition (qui sont souvent difficilement conciliables avec les ressources de l'éducation nationale, par ex., DU ou formations courtes). Il est impératif de généraliser la formation aux TND dans les MEEF, en formation initiale, en abordant la question du TDAH au sein des TND plus largement, compte tenu des comorbidités. La démarche de formation continue devrait s'appuyer plus largement sur les centres de référence et de niveau 3, qui ont pour vocation de faire du lien avec les écoles via les enseignants spécialisés qui officient dans ces centres.
Expert 79	Recours à des associations organisant ce type de formations pour interventions systématiques lors de journées pédagogiques ou présence des enseignants est obligatoire
Expert 80	Cela serais vraiment bien, mais ce n'est pas le cas en réalité
Expert 85	Comme ailleurs, cela n'a pas de sens si on n'inscrit pas cette formation dans le contexte d'un outillage global des enseignants sur les situations d'élève avec TND. C'est donc une "formation spécifique sur TND à l'école et aménagements pédagogiques" incluant évidemment et en bonne place le TDAH. Les recommandations spécifiques ne sont pertinentes que si elles font les lien explicitement au seins des TND, pas si elles multiplient les "silos de compétence". C'est d'autant plus vrai qu'il faut chercher les synergies dans les propositions pédagogiques et bien sûr gérer les fréquentes associations de troubles.

3.4.1 Cas particulier du harcèlement scolaire

Recommandation 36

Il est recommandé d'être systématiquement vigilant vis-à-vis de la problématique du harcèlement scolaire car les patients TDAH constituent une population vulnérable à ce sujet. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	4	5	72	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Plus qu'un accord d expert si on précise la reco : Enfants tdah -ayant des difficultés relationnelles et de socialisation, sources de baisse de la qualité de vie ressentie -souvent harcelés très vraisemblable et corrélé à mon observation clinique mais je n'ai pas lu d'études fiables à ce sujet, -en revanche on retrouve aussi des enfants TDAH "harceleurs"(peut être préciser dans le texte?) Page 31 dans argumentaire et adhd federation : 105. Une méta-analyse a montré que les enfants atteints de TDAH avaient des difficultés moyennes à importantes de socialisation avec leurs pairs, mesurées par le rejet/sympathie, la popularité et les amitiés (61 études, plus de 24 000 enfants). Ils avaient également des déficits modérés dans les compétences sociales telles que le partage, la coopération, le tour de rôle, la réciprocité (68 études, plus de 148 000 enfants) et le traitement de l'information sociale, comme la reconnaissance des indices sociaux, l'identification des problèmes, la création de solutions et l'évitement des biais (23études, plus de 3 750 enfants) (Ros et Graziano, 2018). 106. Une étude menée auprès de plus de 53 000 enfants américains de la National Survey of Children¿s Health a montré que les personnes avec TDAH étaient 2,4 fois plus susceptibles harceler les autres (Montes et Halterman, 2007). Une étude plus récente portant sur quelque 64 000 enfants utilisant la même base de données a confirmé ce résultat en montrant que les personnes avec TDAH étaient 2,8 fois plus susceptibles harceler les autres (Benedict et al., 2015).
Expert 7	Vulnérable au harcèlement et vulnérable aussi à la pratique du harcèlement du fait de ses troubles
Expert 8	Oui mais est ce utile de préciser que l'enfant TDAH risque d'être harcelé et/ou devient harceleur ? Le sujet de la sexualité et du rapport au corps a de fort risque de devenir problématique au moment de l'entrée dans l'adolescence et pendant l'adolescence (expérience terrain)
Expert 11	Problématique dE harcèlement scolaire
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. On ne peut pas se contenter d'un "accord d'expert" sur cette recommandation. Il faut malheureusement souligner que le harcèlement dans le cadre scolaire peut être le fait des adultes (enseignants, parents d'autres enfants, etc.).
Expert 15	Ici également la formation des enseignants dans la prévention est indispensable
Expert 21	Pas bien développer dans l'argumentaire ou l'on parle du coté harceleur
Expert 23	Dans les 2 sens. Ils peuvent être victimes mais aussi agresseurs.
Expert 24	On pourrait ajouter : "et sont souvent peu entendus dans leurs plaintes car considérés comme trop hyperactifs ou eux-mêmes harceleurs".
Expert 29	Point de vigilance essentiel au sein des établissements scolaires et en direction des familles
Expert 34	A noter que les études parlent aussi du fait que les personnes avec un TDAH sont aussi plus souvent auteurs d'harcèlement que la moyenne https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260502238731 qui parle du fait que les personnes avec un TDAH sont plus souvent auteurs et victime d'harcèlement https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/appy.12353
Expert 35	Attention à l'interprétation, des hypersensibles TDAH, sur un possible harcèlement après discussion avec périscolaire car parfois une fausse interprétation dans les 2 sens de l'enfant ou ado TDAH, ou des parents peut avoir lieu.
Expert 69	Évidemment. Ne pas oublier que le harcelé peut devenir harceleur, s'en même s'en rendre compte. Qu'en cas de problème, il est bon de prendre l'intégralité de la situation et pas seulement la photo de l'incident. Et si on parlait du harcèlement des adultes scolaires sur les enfants TDAH ??
Expert 76	Vulnérabilité dans les deux sens (victime et parfois acteur de situations de harcèlement). Reco ne précise pas ici et peut donc être suffisante.
Expert 79	Penser dans ce sens à initier des temps d'information sur le sujet, en classe, pour les autres élèves

Expert 85	Je pense que ça va plus loin que le harcèlement, c'est aussi la gestion de l'enfant vu comme perturbateur pour qu'il ne soit pas ostracisé car mal compris, dans le respect de l'intimité de l'enfant.

3.4.2 Place des AESH

Recommandation 37

Lorsque les symptômes du TDAH sont sévères la présence d'un AESH auprès de l'élève peut être utile.

La mise en place d'un soutien par un AESH, n'est pas recommandé de façon systématique, en cas de TDAH isolé léger ou d'intensité modéré. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	3	0	6	9	13	50	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.88	95.12

Expert	Commentaires
Expert 1	La présence d'un AESH FORME AU TDAH (psycho education et guidance) et à ses éventuelles comorbidités ...probablement mais je n'ai pas trouvé d'études en ce sens ni vues dans l'argumentaire, c'est purement un "accord d 'expert pour moi" selon mes connaissances
Expert 4	Attention à l'impact de l'environnement scolaire sur l'intensité des troubles donc la mise en place d'un soutien par un AESH est à évaluer systématiquement selon justement cet environnement et non selon l'intensité du trouble. L'AESH devra être formé au TDAH et être informé des symptômes du TDAH spécifiquement chez l'élève qu'il accompagne.
Expert 5	EN cas de demande d'AESH, une liste des objectifs de l'aide apportée devrait être proposée en accord si possible entre les professionnels de soins et les enseignants. Je suis en désaccord avec la phrase "L'évaluation de l'intérêt d'une AESH revient à l'équipe pédagogique" : Certains enfants avec TDAH ont des mécanismes de compensation à l'école qui les épuisent et qui sont responsables de difficultés importantes à la maison : le TDAH est d'apparence léger à l'école et le retentissement peut ne pas être reconnu par les enseignants. Le besoin peut aussi être proposé par l'équipe de soins en charge de l'enfant (aide pour l'organisation, noter les devoirs, et autres aides utiles pour décharger l'enfant). Il peut être bon de rappeler qu'un accompagnant des élèves en situation de handicap est présent pour aider l'élève à compenser son handicap, et non pour soulager le corps enseignant.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Les AESH ne doivent effectivement pas être systématiquement demandés sous la pression des enseignants. Elles/ils sont particulièrement utiles pour soutenir l'enfant dans ses apprentissages (et pas seulement pour le TDAH). La formation des AESH doit être renforcées sur les modes d'apprentissage et pas seulement sur la

	gestion des comportements.
Expert 22	A évaluer en fonction des besoins environnementaux (enseignants, école, famille, enfant) plus que du degré de sévérité du TDAH
Expert 23	Là encore c'est à voir en fonction de la capacité d'adaptation de l'enseignant et des besoins de l'enfant. Il faut absolument renforcer le lien Parents, enseignants, AESHs, et intervenants.
Expert 25	Les AESH devraient être sensibilisés aux symptômes du TDAH et avoir des notions des réactions et attitudes à adopter. Ce qui est peu souvent le cas
Expert 29	Lorsque les symptômes du TDAH sont sévères la présence d'un AESH auprès de l'élève est indispensable
Expert 32	Besoin d'AESH surtout si comorbidités
Expert 35	L AESH est importante selon le type de TDAH cas par cas enfant et adolescent. Cela ne dépend pas de l'intensité du trouble du TDAH chez l'enfant ou adolescent très subjectif selon le contexte, les professeurs, l'environnement, la gestion de la fatigue. Cela dépend surtout du délai de la prise en charge, de l'âge de diagnostic, de l'acceptation parentale de possible médication qui peut éviter le recours à l AESH, médication parfois refusé par des parents malheureusement. De plus, je me pose la question sur la formation des AESH, peu formés encore actuellement sur le TDAH et tous les troubles associés.
Expert 43	Et recommandé de former les AESH au TDAH.
Expert 49	L'accompagnement par un AESH doit être décidé de manière collégiale, selon l'évaluation des retentissements du TDAH sur la vie scolaire du jeune, et donc pas forcément en fonction de l' intensité du TDAH
Expert 62	Cela devrait dépendre des répercutions scolaires et pas du degré d'atteinte
Expert 65	En cas de symptômes sévères ou lorsqu'il y a des comorbidités, en particulier des troubles spécifiques des apprentissages associés. Pour ce qui est de "l'évaluation de l'intérêt de l'AESH elle devrait plutôt revenir à l'équipe de suivi de la scolarité qu'à l'équipe pédagogique seule" cf formulation ci-dessous - nous avons souvent des demandes d'AESH par les équipes pédagogiques qui sont inadaptées ou trop précoces pour des enfants dont il faut réévaluer les besoins une fois les traitements spécifiques du TDAH en place. Il y a aussi le cas contraire, des besoins importants d'étayage non identifiés par l'équipe pédagogique pour des enfants très inattentifs mais anxieux et "calmes". Cette façon de formuler pose problème. Je ne pense pas que l'équipe pédagogique puisse imposer un AESH à un enfant lorsque la famille ne le souhaite pas. Il s'agit en fait d'une décision commune à l'ESS, dont les parents et les professionnels de santé référents du suivi font partie. Concernant le DAR - quelles sont les données probantes concernant ce dispositif dans le TDAH ?
Expert 66	Chez l'adolescent, ce point est à discuter avec le jeune car la présence d'une aesh peut être mal vécue
Expert 69	En cas de TDAH léger ou modéré et encore faudrait-il qu'il n'y ait pas de comorbidité. Un enfant qui manque d'attention et loupe le coche de départ est ... cuit. Il ne rattrapera pas les autres, se démobilisera et finira par lâcher. Un AESH est un outil qui aide à sortir les livres et les outils, qui recentre sur le sujet, réexplique s'il n'a pas entendu, intercède auprès du prof s'il a besoin de sortir, etc.... Alors oui, comme pour les TSA, l'AESH est particulièrement utile. L'évaluation de l'intérêt d'un AESH : pas par équipe éducative : Cette évaluation revient à l'EPE de la MDPH puis doit être validée par la CDAPH et enfin notifiée par la MDPH ou MDA.
Expert 74	Compte tenu de l'impact des troubles attentionnels/exécutifs sur les apprentissages scolaires, il paraît légitime que les enfants présentant un TDAH même non sévère ou isolé, puissent bénéficier d'AESH.
Expert 76	Présence pas systématiquement liée à la sévérité des symptômes du TDAH. Dans les faits, les situations nécessitant davantage la présence des AESH ne sont pas toujours liées à la sévérité des symptômes du TDAH mais souvent à la présence d'un tableau dysexécutif qui limite voire annihile les stratégies de compensation et les aménagements de l'enseignant (Moret & Mazeau, 2019 ; Lyhne et al., 2021) et ainsi majorent l'expression des symptômes du TDAH. Des répercussions sur des troubles des apprentissages nécessitent également la présence d'un AESH (ex : retard de langage écrit). Peut être utile d'ajouter seulement en mention "Lorsque les symptômes du TDAH sont sévères ou sont associés à un tableau dysexécutif ou à d'autres comorbidités, la présence d'un AESH auprès de l'élève est utile".
Expert 79	La présence de l'AESH est précieuse, elle peut débuter précocement dès les 1ers symptômes pour limiter les impacts dans les apprentissages

	Une présence systématique parait pertinente mais avec des temps très variables selon l'intensité du TDAH
Expert 85	Il faut ici discuter le fait qu'indiquer une aide humaine individualisée sans avoir essayer une traitement adjuvant médicamenteux est le plus souvent illogique voir inadapté. Certains enfants auront in fine besoin d'un temps d'AESH malgré un traitement partiellement efficace ou parce que le traitement ne leur convient pas. Par ailleurs, il me semble que dans cette partie prise en charge comme avant, on élude trop la question des TDAH associés à d'autres TND, situation en l'occurrence pourvoyeuse de besoin justifié en aide humaine individuelle C'est d'autant plus vrai que les enfants porteurs d'un TDAH associé à un trouble développemental plus instrumental se retrouve encore plus sensibles à l'effet double tâche, insurmontable. Ils sont aussi d'autant plus fatigables sur le plan cognitif. C'est un point très important. De même, les situations de TDAH avec atteinte exécutive très importante et généralisée sont source de besoin en AESH malgré traitement psychostimulant
Expert 90	Mettre la reco après la définition de l'AESH !

Un AESH (accompagnant d'élève en situation de handicap) constitue une aide humaine permettant la mise en place des stratégies d'adaptation aux difficultés de l'enfant. Elle aide l'inclusion scolaire des enfants. L'évaluation de l'intérêt d une AESH revient à l'équipe pédagogique.

Le Dispositif d'autorégulation (DAR) est une expérimentation en cours d'évaluation basé sur des outils d'autorégulation sensoriel et émotionnelle pouvant être utile et dont l'utilisation est décidée par l'élève. Lien vers www.handicap.gouv. Ce dispositif est permet l'accès à des outils ou des espaces d'autorégulation. Cela améliore la capacité que peut avoir une personne à maîtriser ses pensées, ses émotions et ses comportements.

Recommandation 38

Il est recommandé de prendre en compte les temps périscolaires dans la mise en place des aménagements en sensibilisant les professionnels concernés. (Accord d'experts)

Ces temps périscolaires sont aussi à risque de harcèlement et de difficultés d'intégrations.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	1	0	2	11	67	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.41	97.59

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Expert	Commentaires
Expert 1	Les professionnels y travaillant doivent être plus que "sensibilisés" ils doivent être formés au TDAH au minimum avec de la psychoeducation mais idéalement par des programmes validés s'apparentant aux PEHP avec des fondements scientifiques communs (et valable en réalité pour tous les enfants) : Utilisant des principes d'éducation validés et issus des neurosciences affectives et sociales (communication positive, renforcement positif, éviter l'escalade coercitive, constance et cohérence, gestion des émotions parentales et de l'enfant, discipline positive, création et maintien d'un environnement favorable (positif, sûr et structuré), compréhension du développement de l'enfant pour avoir des attentes réalistes en fonction du stade de développement,
Expert 9	Et les personnes qui interviennent dans les périscolaires doivent aussi être formées, OBLIGATOIREMENT!
Expert 11	Forme "sont aussi à risque de donner lieu à des situation de harcèlement ou de difficultés d'intégration"
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées.
Expert 21	Et insister sur la présence des AESH pendant ces temps là
Expert 29	Là encore, la question de la formation des professionnels se pose. De même que la collaboration entre les professionnels de l'EN et les fonctionnaires territoriaux
Expert 34	Cf ci dessus, il semble important de rappeler que les personnes avec un TDAH sont aussi plus souvent auteurs d'harcèlement que la moyenne et que la sensibili https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ab.21930
Expert 35	Les temps péri scolaires sont d'importants lieu pour aussi améliorer les liens sociaux en interaction, déficitaires chez le TDAH , donc permettre un transfert dans leur quotidien, en étant accompagné par des adultes , qui doivent être systématiquement formé au TDAH, (formation spécifique des professionnels de l'enfance et de l'adolescence formés au TDAH) recommandés. L'évaluation de l'intérêt de l'AESH ne revient pas qu'à l'équipe pédagogique mais bien et surtout au parents car l'enfant avec TDAH peut surcompensé à l'école et cacher son TDAH , et être en surcharge permanente et avoir une accentuation de ses troubles de TDAH à la maison avec ses parents qui mesurent davantage cette nécessité d'avoir l'AESH.
Expert 47	Dans le paragraphe au-dessus de la recommandation, il faut corriger "ce dispositif est permet l'accès" en enlevant "est".
Expert 63	Plusieurs fautes d'orthographe dans votre encadré au sujet du DAR: - il manque "le" à sensorielle - il manque un "s" à utiles - il y a un verbe en trop à supprimer dans la phrase "ce dispositif est permet l'accès à des outils...", supprimer "est" Supprimer dans l'encadré le "s" mis à intégrations dans "difficultés d'intégrations"
Expert 65	D'intégration
Expert 66	La sensibilisation des professionnels du peri-scolaire doit être faite par des spécialistes du tdah
Expert 69	Il est scandaleux d'écrire que "l'évaluation de l'intérêt d'une AESH revient à l'équipe éducative" !!! C'est le meilleur moyen pour que les TDAH n'en n'aient plus. C'est à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH d'élaborer le PPS et d'en faire la proposition. Puis, c'est à la CDAPH de valider et c'est à la MDPH de notifier. La loi, c'est encore ça, pour l'instant ! L'article 53 n'est pas passé.
Expert 79	Essentiel notamment pour éviter des situations de maltraitance entre les élèves sans soutien d'adulte renseigné

3.4.3 Aménagement des examens

Recommandation 39

Lors des examens, le tiers temps n'est pas adapté de façon systématique à un patient avec un TDAH, il est préférable, si besoin pour ces élèves, de proposer des pauses en cours d'épreuve avec des temps compensatoires.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	3	3	7	9	59	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.22	98.78

Expert	Commentaires
Expert 1	Accord d experts a priori car je n'ai pas connaissance de recommandations même si cela parait logique
Expert 4	Aucune adaptation pédagogique n'est à proposer de façon systématique puisqu'elle doit être personnalisée aux symptômes péjoratifs du TDAH et à la compréhension d'enfant à ses difficultés. Cette recommandation ne devrait donc pas s'appliquer qu'au tiers temps lors des examens
Expert 7	Le tiers temps est souvent nécessaire pour faire des pauses. Le fractionnement d'épreuves serait plus adapté pour éviter la fatigabilité mais est il faisable ? Bénéficier d'un tiers temps nécessite un apprentissage.
Expert 8	Il faudra impérativement informer l'école que ce type d'adaptation est possible
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Plutôt que demander systématiquement à disposer d'un temps supplémentaire que l'élève risque de passer à rêvasser, il est préférable de lui apprendre à l'utiliser (Lovett et al., 2015; Lovett et al., 2020; Harrison JR et al. 2020; et programme HOPS de Landberg et al., 2011, 2012 & 2022). Le temps supplémentaire peut être utile en cas d'une vitesse de traitement ralentie ou pour relire ses fautes (dysorthographie) ou pour écrire plus lisiblement (dysgraphie). La formulation des consignes par un lecteur est une adaptation possible à évaluer.
Expert 17	Formulation Lors des examens, le tiers temps n'est pas la compensation systématique à mettre en place pour une personne ayant un TDAH. Il peut également être envisagé, si besoin pour ces élèves, de proposer des pauses en cours d'épreuve avec des temps compensatoires. Cela peut être l'un ou l'autre, pas de préférence aux pauses
Expert 21	Et que faire lorsque ça n'est pas appliqué par certains enseignants?
Expert 32	Le temps supplémentaire peut être utile quand même
Expert 35	A voir au cas par cas, avec les parents et le jeune TDAH voire avec les paramédicaux et à réadapter au cours de l'année si besoin.
Expert 49	L'évaluation du besoin est spécifique à l' enfant, il ne peut pas y avoir de généralité concernant les tiers temps
Expert 54	Il peut être préférable
Expert 59	La possibilité d'être dans une salle à part réduit les sources de distraction
Expert 60	A l'âge des examens (adolescence) le temps majoré est adapté si on a mis en place des stratégies de travail et qu'on bénéficie des autres aménagements (reformulation des consignes et ordinateur). Il parait très compliqué de prévoir des pauses lors d'examens (DNB ou baccalauréat).
Expert 61	Préciser "TDAH isolé" afin de limiter le risque de refus de tiers temps en cas d'association avec d'autres conditions qui le rendraient nécessaire.
Expert 65	Oui en effet mais revoir la formulation "patient TDAH" - il s'agit d'enfants et d'adolescents avec un TDAH ou ayant un diagnostic de TDAH.

Expert 66	Il est également nécessaire de proposer des aménagements spécifiques aux autres comorbidités neurodéveloppementales
Expert 69	Il faut les deux. Le tiers temps permet de désangoisser. Par contre, il faut que les enseignants permettent aux enfants qui relèvent d'un temps supplémentaire d'apprendre à s'en servir et pas seulement à l'occasion des épreuves blanches. L'égalité des chances, ce n'est pas pour demain !
Expert 71	A formaliser
Expert 77	Les patients avec des formes inattentive (mais pas hyperkinétiques) bénéficient très clairement du 1/3 temps pour prendre elle temps de s'organiser, etc. Cette formulation probablement pertinente pour les collégiens risque de couter cher aux lycéens (en particulier les filles TDA) qui bénéficient clairement du tiers temps classique plus facile a mettre en œuvre que les sorties avec compensation.
Expert 85	Je trouve que cette recommandation finie par être trop elliptique. Elle commence par rappeler quelque chose qui est relativement évident puis fait une proposition alternative qui n'en est pas vraiment une... Là encore, comme pour l'AESH, la question de savoir si l'enfant bénéficie d'une prise en charge adaptée, en particulier médicamenteuse, mais aussi en terme "pédagogique" (relance bienveillante systématique, d'adaptation des énoncés pour éviter la distraction endogène, ou positionnement dans la classe d'examen contre les distractions exogènes...), avant de saucissonner ses examens en rajoutant du temps compensatoire (mesure lourde évidemment).

3.4.4 Aménagements scolaires et démarches Administratives

Recommandation 40

Si des aménagements sont nécessaires, il est recommandé de les formaliser dans le cadre du plan d'accompagnement de l'élève (Accord d'Experts) :

- Le plan d'accompagnement personnalisé (PAP) est élaboré par l'équipe pédagogique en y associant l enfant, les parents et les professionnels concernés. Cela nécessite l'avis d'un médecin qui précise les besoins spécifiques de l'élève en lien avec les apprentissages ou le comportement.
- La mise en place d un plan personnalisé de scolarité (PPS) est recommandée si le PAP ne suffit pas. S'il y a une reconnaissance de handicap par la MDPH, le PAP sera remplacé par le PPS.
- Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est requis si un traitement médicamenteux nécessite d'être administré durant le temps scolaire.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	1	1	2	7	68	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.47	97.53

Expert	Commentaires
Expert 1	Comment inclure le manque cruel de médecins scolaires dans cette recommandation?
Expert 4	Dans les faits, les mesures d'un PAP sont bien plus souvent rejetées lors des examens que celles d'un PPS
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le PPRE n'est pas mentionné, même si sa portée dans le cadre d'un TDAH reste limitée. Le rôle du médecin scolaire n'est pas mentionné, pourtant c'est bel et bien lui va valider les aménagements pédagogiques dans le cadre d'un PAP et d'un PPS. Le PAP est justifié par la cause médicale aux difficultés scolaires et/ou d'apprentissage. Le rôle de MDPH/MDA dans la rédaction du PPS n'est pas rappelé. Le PPS est justifié par le handicap à l'origine des difficultés scolaires et/ou d'apprentissage ou autres bien évidemment (par ex., fauteuil roulant). Il faut mentionner le Livret de Parcours Inclusif (LPI; https://eduscol.education.fr/2506/le-livret-de-parcours-inclusif-lpi).
Expert 15	Pouvoir autoriser les soins sur temps scolaire/périscolaire avec un PPRE ou un PAP
Expert 26	Autant le PAP est le plus souvent nécessaire pour le collège, autant en primaire, s'il y a une bonne collaboration avec l'enseignant , il n'est pas absolument nécessaire , à mon avis; Un enseignant peut faire des aménagements , sans passer par un document écrit ; les parents remettent aux enseignants les aménagements proposés par un spécialiste ou issus des ressources; Le PAP nécessite l'accord du médecin scolaire dont la disponibilité est limitée
Expert 35	PAP en cas de diagnostic de TDAH obligatoire avec la présence de l'enseignant référent, trop souvent de PPRE sont mis en place à tort alors que le diagnostic de TDAH a été posé, en pratique clinique;
Expert 38	Il faut aussi le rappeler aux écoles qui demandent régulièrement des PAP pour des enfants ayant des PPS
Expert 44	Le plan d'accompagnement personnalisé (PAP) est élaboré par l'équipe pédagogique en y associant l'enfant, les parents et les professionnels concernés. Cela nécessite l'avis d un médecin qui précise les difficultés et points d'appui de l'élève en lien avec les apprentissages ou le comportement
Expert 45	Partiellement redondant avec le paragraphe suivant!
Expert 54	Avoir à attendre l'avis d'un médecin (souvent médecin traitant) qui est finalement la personne qui connaît le moins les besoins spécifiques de l'enfant dans le milieu scolaire est une perte de temps insupportable et un non-sens absolu. Le PAP devrait pouvoir être réalisé par l'équipe pédagogique et les professionnels concernés et qui suivent l'enfant.
Expert 62	Cependant des écoles refusent le PAP
Expert 63	Problème de forme dans l'encadré après "professionnels concernés" où le rappel 25 est écrit en gros caractère
Expert 65	Les nouveaux PAI comportent aussi des aménagements visant le volet comportemental / émotionnel, le PAP étant déclenché lorsqu'il y a des difficultés d'apprentissage ce qui n'est pas tjrs le cas des élèves avec un TDAH.
Expert 69	C'est un PPS qu'il faut parce qu'il n'y a pas d'obligation à mettre en œuvre le PAP, alors que le PPS s'impose à l'établissement et est opposable en justice. Le TDAH est bien un handicap à part entière dans le système scolaire. Et il est souvent, très souvent, accompagné de comorbidités. Il faut appeler un chat: un chat. Il faut encourager les PPS, seul dispositif pour protéger ces enfants. Et ui, avec un PAI, si traitement. Le PPS est demandé exclusivement par la famille. Il n'y a pas d'obligation d'avoir d'abord un PAP. C'est ce que laisse entendre votre phrase précédente.
Expert 79	Le PPS est indispensable dans les cas les plus sévères avec comorbidités et impacts délétères à la situation d'inclusion
Expert 90	Dans le paragraphe suivant : peut être rajouter le PAI ? (d'autant plus qu'il est cité en reco 40)

Il existe trois niveaux de formalisation d'aménagement scolaires :
Le PPRE (programme Personnalisé de Réussite Éducative) : Mis en place par le directeur d'école à l'initiative de l'équipe pédagogique avec information aux parents, il vise à mettre en œuvre des actions concrètes et ponctuelles - en général sur une durée de 3 à 6 semaines- afin d'aider l'élève en difficulté à acquérir une compétence ciblée. Il a l'avantage de pouvoir être rapidement mis en œuvre, sans attendre que le diagnostic posé permette la rédaction d un PAP.
Le PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) : destiné aux élèves sans reconnaissance de handicap, présentant des troubles des apprentissages ou du neurodéveloppement, qui génèrent des difficultés scolaires durables. Le PAP est un document normalisé permet la mise en place d'adaptations pédagogiques ciblées sur les besoins de l'élève.
Le PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation) : ce plan concerne les enfants en situation de handicap reconnu par la MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées). Le PPS "détermine et coordonne" le déroulement de la scolarité et les besoins de l'élève (matériel pédagogique adapté, modalités d'accompagnement, aménagement des enseignements, orientation spécifique).

Recommandation 41
Saisine MDPH
La saisine de la MDPH est à privilégier lors de situations associées à des besoins supplémentaires de compensations. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	2	0	3	1	0	14	57	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.85	96.15

Expert	Commentaires
Expert 1	Mais la mise en place d'aménagements ne doit pas attendre la saisine de la MDPH pour un PPS ni la validation médicale d'un PAP À noter que le PPS n'est pas indispensable à la mise en place de l'outil informatique quand celui-ci est indiqué
Expert 4	Surtout lorsque que ces besoins supplémentaires risquent d'être nécessaires lors des examens nationaux

Expert 9	Il faudrait déjà que TOUTES LES MDPH soient formées au TDAH et pratiquent les mêmes grilles d'évaluation ! Ce qui n'est malheureusement pas le cas, il y a de nombreuses disparités sur le territoire ! Cela n'est pas acceptable, un TDAH est un TDAH, que ce soit à Paris, en Alsace ou en Bretagne.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. La saisine de la MDPH est justifiée par le besoin de reconnaissance d'une situation de handicap à l'origine d'une "limitation d'activité ou [d'une] restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne" (Loi 2005-102 portant modification de l'article L114 du Code civil). Cette reconnaissance ouvrira droit à des aménagements spécifiques.
Expert 14	Nécessaire pour faire appliquer les recommandations pédagogiques, c'est une réalité du terrain!
Expert 20	Pas clair ! La saisine de la MDPH est recommandée dès qu'il y a un plan de compensation nécessaire.
Expert 23	Mais également pour participer au financement des frais annexes et de la rééducation : Ergo, psychomot, neuropsy, médiation animal, ...
Expert 27	La saisine de la MDPH doit être faite dès qu'il y a un plan de compensation a fortiori pour des soins non remboursés (demande d'AEEH)
Expert 31	Oui mais ces situations sont au final très fréquentes ; si la demande d'un PPS avec AESH n'est pas systématique, la prise en charge psychologique du TDAH peut être réalisé dans le cadre de l'activité libéral et justifie donc la demande de l'AEEH + C.
Expert 35	Dossier MDPH peut être initié par les parents, cela est conseillé. La demande de PPRE /PAP/PPS doit pouvoir aussi être faite par les parents car dans certains établissements, malgré le diagnostic de TDAH ; aucun aménagement scolaire encore actuellement n'est mise en place, et les paramédicaux comme les orthophonistes le demande pourtant dans leur bilan, mais sans résultats parfois malheureusement.
Expert 43	Et ne pas attendre la validation du dossier MDPH pour mettre en place des aménagements.
Expert 50	Mais faciliter le parcours de la MDPH / temps de réponse
Expert 60	Les demandes auprès de la MDPH sont souvent faites trop tôt et à cause de leur complexité (et de leur délai) freinent une prise en charge plus simple et plus adaptée.
Expert 62	Cependant des écoles refusent désormais les PAP de ce fait cela oblige donc les parents à saisir la MDPH de manière systématique pour avoir une reconnaissance des aménagements scolaires
Expert 63	- une faute d'orthographe, rajouter un "s" à aménagements scolaires dans la phrase "il existe trois niveaux..." - le rappel 27 est écrit en gros caractères Il manque un mot dans la phrase "le PAP est un document normalisé QUI permet la mise en place..."
Expert 64	Proposer des exemples de prises en charge non remboursées? afin d'être explicite ; par ex TCCE
Expert 66	Préciser la nécessité de financement de soins Pour certains enfants, les situations de file d'attente sont inenvisageables et nécessitent l'octroi d'une carte mobilité inclusion "priorité"
Expert 69	Et pas seulement dans ce cas. Le PPS est le dispositif qui convient pour le TDAH, les troubles d'apprentissages, le TDI, le TSA, etc.... Il faut recommander le dossier MDPH pour obtenir aussi l'AEEH (Allocation d'Education Enfant Handicapé) pour payer l'ergothérapie, le neuropsy, etc... Dans le dossier de recommandations, vous êtes léger sur la loi et sur le fonctionnement de la MDPH.
Expert 79	Cette saisine est à privilégier dès que le diagnostic émerge connaissant les impacts non négligeables du TDAH, autant sur l'accès aux apprentissages que dans les interactions sociales Bien sûr toujours cela reste mobilisable selon les besoins et les retentissements observés (si peu d'impact, pas nécessaire de monter un dossier MDPH bien entendu le PAP sera suffisant)
Expert 83	Remplacer MDPH par MDA
Expert 85	Obscure.

3.5 Quelles prises en charge psycho sociales peuvent être proposées à l'enfant ayant un TDAH ?

Une prise en charge psychologique individuelle peut être proposé chez l'enfant, mais pas à titre systématique. Son indication sera appréciée en fonction des éléments cliniques et de l'engagement de l'enfant et de sa famille.

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

3.5.1 Les thérapies comportementales et cognitives et émotionnelles TCCE

Les TCCE dans le cadre du TDAH correspondent à :

- Des remédiations cognitives et métacognitives d'une fonction neurocognitive comme l'attention, la mémoire de travail, l'autocontrôle ou toutes autres fonctions exécutives
- Des entrainements aux aptitudes sociales
- Des entrainements à la régulation émotionnelle dont l'entrainement à la pleine conscience

Recommandation 42

Les Thérapies comportementales cognitives et émotionnelles (TCCE) sont recommandées, en particulier, en cas de symptômes anxieux, dépressif, impulsif ou de difficultés dans la gestion des émotions. (Accord d'experts)

Leur efficacité est meilleure chez l'adolescent que chez l'enfant. Il est recommandé de prendre en considération la motivation du jeune lui-même et l'engagement de sa famille avant de proposer une TCCE. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	2	0	6	14	59	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.22	98.78

Expert	Commentaires
Expert 1	Il me semblerait utile de compléter Les TCCE ne peuvent pas être recommandées seules pour contrôler efficacement les symptômes principaux du TDAH. En revanche leur association aux traitements stimulants et à la psychoéducation parentale permettent un contrôle efficace des symptômes principaux du TDAH
Expert 8	Qui réalise ces TCCE ? professionnels de ville ou hôpital ? psychologue ? pédopsychiatre ? neuropsychologue ? autre ?
Expert 11	La remédiation cognitive ne fait pas partie des TCCE. Les TCCE, dans le cadre du TDAH, peuvent aussi cibler les troubles associés et les complications du TDAH.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Comment le groupe de travail peut recommander quoi que ce soit sans s'appuyer sur des données probantes ? Un accord experts n'est pas recevable dans des RBP.
Expert 14	Attention la remédiation cognitive ne fonctionne pas très bien pour des sujets TDAH! cf. consensus 2021 Attention de ne pas confondre avec les habiletés sociales pour le TSA

Expert 19	Modele de thérapie pour les adolescents et les parents : La thérapie D'acceptation et d'engagement (ACT).
Expert 21	faut-il trouver le psycho formé
Expert 32	Utiles mais pas toujours existantes comme ressource locale...
Expert 35	Les thérapies TCC sont très efficaces. les groupes d'habiletés sociales https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961716301349 Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence Volume 64, Issue 7, November 2016, Pages 445-454 sont très efficaces pour les enfant et adolescents TDAH et les groupes PIFAM. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700621001007 L'Encéphale Volume 48, Issue 2, April 2022, Pages 148-154
Expert 36	La prudence s'impose : le niveau de preuves, même pour le TCCE, n'est pas assez fort pour justifier d'une recommandation HAS. On peut juste dire " les TCCE peuvent être utiles en cas de...."
Expert 44	Dans la TCC, le travail sur les cognitions n'est pas un entrainement cognitif.
Expert 51	Un programme manualisé en français est disponible en psychomotricité (R-PFE) pour viser en 10-12 séances d'une heure des dysfonctionnement exécutifs en vie quotidienne, c'est à dire le niveau activité-participation de la CIF (OMS, 2001). Ce programme s'appuie en partie sur le programme Cog-Fun en ajoutant des principes actifs comme les fonctions exécutives froides et chaudes, cité dans la partie ergothérapie et une revue systématique (Novac,2019). Les points communs sont de parti d'objectifs décidé par le patient et sa famille, de trouver le juste défi et faire élaborer des stratégies à utiliser entre deux séances dans le milieu écologique par l'enfant /adolescent. Ref : -Madieu, E., & Swiatek, C. (2018). Programme Rééducation fonctionnelle psychomotrice des fonctions exécutives de l'enfant et de l'adolescent : TDAH et troubles exécutifs. De Boeck Superieur. -Madieu, E., Swiatek, C. (2017). Groupes d'inspiration cognitivo-fonctionnelle (REDUCTION-PFE) en psychomotricité pour enfants et adolescents TDAH. In: Entretiens de Bichat ¿ Entretiens de Psychomotricité 2017 (pp.95-100), Paris: Expansion Formation et Editions, 2017.
Expert 52	Disponibilité hétérogène sur le territoire à l'heure a l'heure actuelle
Expert 63	- faute d'orthographe dans la 1ère phrase et un mot inopportun à remplacer dans la phrase "une prise en charge psychologique et individuelle peut être proposéE A l'enfant..." - revoir la ponctuation des énumérations - deux fautes dans l'encadré, il faut rajouter deux "s" à dépréssifS et à impulsifS
Expert 65	Pourquoi ne pas avoir gradé ces recommandations, les études existent. Même si elles vont aller vers un grade faible. Récente méta-analyse montrant l'absence d'efficacité des remédiations cognitives informatisées - et les remédiations méta-cognitives ou cognitives non informatisées ne sont pas solidement étayées non plus. Westwood, S. J., Parlatini, V., Rubia, K., Cortese, S., & Sonuga-Barke, E. J. (2023). Computerized cognitive training in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a meta-analysis of randomized controlled trials with blinded and objective outcomes. Molecular Psychiatry, 28(4), 1402-1414. Etes-vous surs de la solidité du niveau de preuve pour ces interventions sur l'impulsivité notamment ? notamment la méditation de pleine conscience dans le TDAH ?? ce n'est présent dans aucune des recommandations internationales. Il faut que l'efficacité soit démontrée par des observateurs en aveugle ou supposés tels (enseignants). Attention ces recommandations sont tout à fait différentes de celles du groupe de travail de la CADRAA :we generated recommendations using the GRADE approach for: Cognitive Behavioral Therapy; Physical Exercise and Mind¿Body intervention; Caregiver intervention; School-based and Executive intervention; and other interventions for core ADHD symptoms across Preschooler, Child, Adolescent and Adult populations. The evidence supports a recommendation for Cognitive Behavioral Therapy for adults and Caregiver intervention for Children, but not for preschoolers. There were not enough data to provide recommendations for the other types of psychosocial interventions.
Expert 74	Les TCCE sont globalement recommandées pour l'accompagnement des troubles des fonctions exécutives et du contrôle attentionnel, pas que ou plus particulièrement pour les symptômes anxieux, dépressifs, impulsifs ou de gestion des émotions. Pour rappel par ailleurs, la régulation émotionnelle fait partie intégrante des fonctions exécutives dans toutes les définitions classiques de ce dernier concept (cf document de synthèse).
Expert 82	Une psychothérapie psychodynamique, le psychodrame peuvent être des approches complémentaires. Il ne faudrait pas exclure l'expression de la vie imaginaire (souvent malheureusement très pauvre chez ces

	jeunes) au profit d'une approche uniquement cognitive.
Expert 84	*Je ne suis pas d'accord avec la présentation faite des TCCEs en 3.5.1 qui inclue " Des remédiations cognitives et métacognitives d'une fonction neurocognitive comme l'attention, la mémoire de travail, l'autocontrôle ou toutes autres fonctions exécutives" Cela ne fait pas partie des TCCEs hormis pour l'aspect métacognitif. *Je pense qu'il faudrait pour plus de clarté avec 2 sous parties au 3.5 : -3.5.1 : Quelles prises en charge psycho sociales peuvent être proposées à l'enfant pour les symptômes cardinaux du TDAH -3.5.2 : Quelles prises en charge psycho sociales peuvent être proposées à l'enfant ayant un TDAH pour les problématiques émotionnelles souvent associées *Dans la phrase de cette recommandation 42, il faut enlever "en particulier" pour que la phrase devienne juste.

Recommandation 43

Les TCCE peuvent être pratiquées en individuel ou en groupe dans certaines situations spécifiques (/ex-groupes d'habiletés sociales).

De manière générale, il est recommandé de co-construire le parcours de soin en concertation avec l'enfant et sa famille (accord d'experts). Et ce, plus particulièrement chez l'adolescent, quand une TCCE individuelle ou de groupe est proposée afin de répondre aux attentes (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	2	0	2	12	65	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.22	98.78

Expert	Commentaires
Expert 1	Pour cela des aides financières ou des prises en charge financées par les pouvoirs publics existent. Une bonne connaissance de ce que l'on peut attendre ou non d'une prise en charge TCC permettra de donner des objectifs clairs aux patients et parents pour améliorer l'adhésion thérapeutique
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Est-ce une recommandation? Sur quoi s'appuie-t-elle?
Expert 14	Non pas habileté sociale (sauf si TSA comorbide) Appliquer du feedback social et comportementale oui!
Expert 35	Les groupes d'habilités sociales sont efficaces mais non mélangés avec les TSA, car sinon l'effet sur les TDAH fonctionnent moins bien.

Expert 36	Oui pour la co-construction du parcours de soins en concertation avec l'enfant et sa famille, cette phrase devrait figurer en premier Mais... il ne fallait pas limiter cette recommandation au TCCE (cf R42)
Expert 63	Il manque un point à la fin de la dernière phrase de l'encadré après "(accord d'experts)"
Expert 65	Quelle est l'indication des groupes d'habiletés sociales dans le TDAH ? quel sont les données probantes pour recommander ces groupes en dehors d'un TSA associé ? Afin de répondre aux attentes de qui 'de l'adolescent ou des parents ? que faire ne cas de désaccord ?
Expert 83	Je relève un manque d'équilibre dans la définition de l'intervention du psychomotricien comparativement à celle de l'ergotherapeute où des techniques de rééducation sont citées alors que nous le pouvons également.
Expert 90	j'imagine que "/ex- groupes" veut dire "par exemple" : à adapter car pourrait donner l'impression que c'est l'ancien dans des TCCE

3.5.2 Les autres prises en charge ou interventions supplémentaires

3.5.2.1 Neurofeedback (NF)

Il n y a pas de niveau de preuve suffisant pour proposer le neurofeedback comme traitement du TDAH.

3.5.2.2 Entrainement cognitif

Il existe différents types d'intervention cognitive, les données ne sont pas suffisantes à ce jour pour les recommander spécifiquement pour le traitement du TDAH.

3.5.2.3 Programme basé uniquement sur la pleine conscience (mindfulness)

Il n y a pas encore de niveau de preuve suffisant pour proposer la pleine conscience comme traitement du TDAH chez l'enfant.

3.5.2.4 Autres Psychothérapies

Les autres modalités de psychothérapies structurées n'ont pas été suffisamment évaluées dans la littérature concernant leur efficacité spécifique pour le traitement du TDAH de l'enfant et de l'adolescent.

3.5.2.5 Thérapie psychanalytique

Les psychothérapies basées sur la psychanalyse ne sont pas un traitement spécifique du TDAH et elles n'ont pas été suffisamment évaluées dans la littérature concernant leur efficacité pour le traitement du TDAH de l'enfant et de l'adolescent.

Recommandation 44

En l'absence d'évaluation suffisante, les approches psychothérapeutiques de type Neurofeedback, Entrainement cognitif, Programmes basés sur la pleine conscience, Thérapie psychanalytique et Thérapies autres que les TCCE, ne sont pas recommandés dans la prise en charge du TDAH. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	2	2	6	2	3	8	52	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	**8.97**	**91.03**

Expert	Commentaires
Expert 1	Plus que des accords d'experts pour démontrer la non efficacité de certaines de ces approches ! cf argumentaire
Expert 8	Que sont ce que le neurofeedback, Entrainement cognitif, Programmes basés sur la pleine conscience ? à définir dans le document Dans le document on parle d'autres psychothérapies : de quelles psychothérapies parle t'on ? Thérapie psychanalytique et Thérapies autres que les TCCE, ne sont pas recommandés : sont elles déconseillées ?
Expert 9	Pour la thérapie psychanalytique, je suis d'accord. Pour le reste, je pense qu'il faut s'ouvrir à ces approches, en parler, dire qu'elles existent et que même s'il n'y a pas de preuves scientifiques, d'évaluation suffisante, elles peuvent fonctionner selon les personnes. De nombreux professionnels, médecins et thérapeutes, proposent ces approches. La pleine conscience est vivement recommandée et validée, le neurofeedback de plus en plus répandu. Sandrine Teboul pour ne citer qu'elle, est psychopraticienne, diplômée de Paris 8 en pratiques de la psychothérapie et psychopathologie clinique, a fait son mémoire sur le neurofeedback dynamique et le TDAH.
Expert 11	recommandéEs
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. La littérature sur ces points est très large. Comment le groupe de travail peut-il ne pas l'avoir prise en compte? Les recommandations doivent citer les données probantes. Le seul point d'accord est l'inutilité de l'approche psychanalytique. Le neurofeedback et l'entraînement cognitif peuvent-ils être rangés parmi les psychothérapies ? J'en doute.
Expert 14	Attention, la psychanalyse devrait être éviter pour tout se qui touche à la santé mentale vu le fort potentiel de comorbidités en psychiatrie et TND. Il convient donc de s'assurer que tous les avis ou bilans ne soit pas des professionnels avec des orientations psychanalytiques. De la démarche diagnostic à la prise en charge !!!
Expert 21	Pleine conscience oui en cas de comorbidité anxieuse ....
Expert 26	J Child Fam Stud. 2012 ; 21(1) : 139-147. Publié en ligne le 2 février 2011. doi: 10.1007/s10826-011-9457-0 PMCID : PMC3267931 PMID : 22347788 L'efficacité de la formation à la pleine conscience pour les enfants atteints de TDAH et de la parentalité consciente pour leurs parents Saskia van der Oord , 1 Susan M. Bögels , 2, 3 et Dorreke Peijnenburg 3auteur correspondant Informations sur l'auteur Informations sur les droits d'auteur et la licence Avertissement PMC Aller à: Abstrait Cette étude a évalué l'efficacité d'une formation à la pleine conscience de 8 semaines pour les enfants âgés de 8 à 12 ans atteints de TDAH et d'une formation parallèle à la parentalité consciente pour leurs parents. Les parents (N = 22) ont rempli des questionnaires sur les symptômes du TDAH et du IMPAIR de leur enfant, leurs propres symptômes du TDAH, le stress parental, la réactivité parentale, la permissivité et la pleine conscience avant, immédiatement après la formation de 8 semaines et lors du suivi de 8 semaines. Les enseignants ont rendu compte du comportement TDAH et ODD de l'enfant. Une liste d'attente au sein du groupe a été utilisée pour contrôler les effets du temps et des mesures répétées. La formation a été dispensée sous forme de groupe. Il n'y a eu aucun changement significatif

	entre la liste d'attente et le pré-test, à l'exception de l'augmentation du comportement ODD évalué par les enseignants. Il y a eu une réduction significative du comportement de TDAH évalué par les parents, à l'égard d'eux-mêmes et de leur enfant, du pré au post-test et du pré-test au suivi. De plus, il y a eu une augmentation significative de la conscience de conscience du pré au post-test et une réduction significative du stress parental et de la surréactivité du pré au test de suivi. Les évaluations des enseignants ont montré des effets non significatifs. Notre étude montre des preuves préliminaires de l'efficacité de la pleine conscience pour les enfants atteints de TDAH et leurs parents, telle qu'évaluée par les parents. Cependant, en l'absence d'effets substantiels sur les évaluations des enseignants, nous ne pouvons pas garantir que ces effets soient dus à des procédures de traitement spécifiques. Cet article , ceux de l'argumentaire montrent toutefois des effets bénéfiques de la pleine conscience ; On ne peut donc pas être si catégorique dans les recommandations
Expert 34	Concernant la mindfulness, il y a des métaanalyses qui montrent un effet https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9690476/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26838555/
Expert 35	Il semble essentiel de séparer la psychanalyse inefficace, couteuse et culpabilisante pour les parents des autres techniques bénéfiques Comme le neurofeedback, remédiation cognitive et méditation :et prouvés articles ci joint. remédiation : LE TDAH , Fanny AYANOUGLOU, Christelle Vernhet, les cahiers de l'actif ISSN 1145-2684 DOI10.3917/caac.546.0083 méditation pleine conscience: Étude : Méditation contre le TDAH | La vie du HuffPost Méditation, pleine conscience et flexibilité cognitive - PubMed (nih.gov) Une nouvelle étude fascinante (Entraînement à la méditation de pleine conscience chez les adultes et les adolescents atteints de TDAH. Journal of Attention Disorders, 11, 737-746) Neurofeedback annales médico-psychopédagogique Volume 169, Issue 3, April 2011, Pages 200-revue psychiatrique titre Neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder: From efficacy to neurophysiology specificity effect208https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448711000473
Expert 36	Certes les évaluations de ces thérapies sont insuffisantes. Elles ne méritent pas une recommandation HAS, Mais les TCCE restent avec un niveau de preuve faible. On peut leur concéder leur utilité dans certains cas (cf R42)
Expert 41	Je n'ai pas les compétences pour un avis sur cette question, en particulier sur les thérapies d'inspirations psychanalytiques
Expert 53	Il existe certains résultats d'une prise en charge neurovisuelle : l'intrication de l'attention et de la vision laisse penser qu'elle est le support de ce bénéfice
Expert 56	Concernant la non-recommandation des Programmes basés sur la Pleine conscience pour enfant, je tiens à préciser (concernant le public adulte, pour l'instant) qu'il existe désormais un Programme scientifique adapté ciblant l'amélioration des symptômes du TDAH chez l'adulte. Il a été conçu par Lidia Zylowska, psychiatre, Professeure Associée à l'University de Minnesota (Department of Psychiatry and Behavioral Sciences) , cofondatrice du Centre de Recherche sur la Méditation Pleine Conscience à l'université de Californie à Los Angeles (UCLA) (www.lidiazylowska.com) Elle a publié 2 ouvrages pragmatiques sur le sujet qui sont disponibles en français depuis peu. Le premier est destiné aux professionnels : Zylowska, L., & Mitchell, J. T. Mindfulness for Adult ADHD : A Clinician¿s Guide. Guilford Press, Release Date Dec 14, 2020. En français : Comment traiter le TDA-H grâce à la pleine conscience ? Ed. De Boeck Supérieur, Louvain-la-Neuve, Belgique, 2022. (https://www.fnac.com/a16478318/Thierry-Hergueta-Comment-traiter-le-TDA-H-grace-a-la-pleine-conscience) Il présente aux professionnels le programme MAPs (Mindful Awareness Practices for ADHD) permettant de pratiquer la pleine conscience avec les patients présentant un TDA-H. L'objectif est de les aider à mieux réguler leurs émotions, à mieux contrôler le vagabondage de leur esprit et à développer une meilleure image d'eux-mêmes. Le second ouvrage est destiné aux patients: Zylowska, L. The Mindfulness Prescription for Adult ADHD: An 8-Step Program for Strengthening Attention, Managing Emotions, and Achieving Your Goals. Trumpeter Books, Release Date February 14, 2012. En français : Zylowska, L., Mon programme pour mieux gérer le TDA-H avec la pleine conscience, Ed. De Boeck Supérieur, Louvain-la-Neuve, Belgique, 2022. (https://www.fnac.com/a16481608/Thierry-Hergueta-Mon-programme-pour-mieux-gerer-le-TDA-H-avec-la-pleine-conscience#int=S:Suggestion|FA%3ALIV|1|16481608|BL0|L1) A Paris, le psychiatre ... forme et accompagne

Expert 58	Il est noté accord d'expert pour la recommandation des TCCE donc nous comprenons en substance qu'il n'y a pas non plus de consensus scientifique sur ces thérapies. Finalement, comme pour celles citées ici...
Expert 59	Il faut laisser le choix aux familles, on peut obtenir un mieux être participant ainsi à une amélioration des symptômes
Expert 63	3.5.2.3. il manque un point à la fin de la phrase après "l'enfant" 3.5.2.5. Supprimer les majuscules en milieu de phrase injustifiées à Neurofeedback, à Entrainement, à Programmes et à Thérapies
Expert 64	Discuter de l'intérêt de la prise en charge en psychomotricité, après bilan, pour les enfants e moins de 6 ans (pas de publications scientifique à ma connaissance mais probablement intéressant).
Expert 65	Oui mais les contenus des TCCE que vous décrivez ne sont pas bcp mieux évalués en ce qui concerne leurs effets sur les symptômes-cible du TDAH. Concernant la thérapie de pleine conscience que vous incluez dans les TCCE c'est contradictoire avec le paragraphe 3.5.1
Expert 74	S'agissant du "programme basé uniquement sur la pleine conscience (mindfulness)" p. 38, il n'y a pas lieu de maintenir le mot "uniquement" dans cette proposition car il entretient une ambiguïté autour de l'efficacité de ce programme (si on l'associe à autre chose, alors il serait efficace, ce qui n'est pas davantage démontré). Il faut se féliciter que les recommandations HAS portant sur les TND incluent enfin une mise en garde vis à a vis des thérapies alternatives multiples qui explosent sur le terrain et contre lesquels les familles ont bien du mal à lutter.
Expert 76	Reco nécessaire !
Expert 77	Ajouter prise en charge "spécifique" du TDAH. En effet elles sont pertinentes dans de nombreuses situation de TDAH où les comorbidités associée répondent à ces approches.
Expert 82	S'il est vrai qu'il n'y a pas de littérature scientifique retenue à ce sujet, on ne peut pas dire qu'il n'y a aucun article, thèse à ce sujet! Ici s'ouvre une question épistémologique: comment définir un écrit scientifique?
Expert 85	Je souscris au texte en l'état MAIS il me semble qu'on oublie dans cette séquence de reco 3.5. la place que peut prendre une intervention sur le fonctionnement exécutif visant à aider au développement de stratégie de compensation, en particulier en milieu scolaire, comme peuvent le faire par exemple les ergothérapeute. Il ne s'agit pas là de stratégie de remédiation cognitive en effet non validé, mais d'un accompagnement pragmatique, d'autant plus important qu'il existe d'autre troubles associés mais souvent très aidant quand le TDAH est sévère et très dysexécutif. Ne pas le mentionner me semble une erreur au regard de l'intérêt pour les enfants au delà de 10 ans et les ado.
Expert 88	Quid de l'hypnose ? Ce chapitre est une peu fastidieux et mériterait une synthèse des principaux éléments à mettre en place

3.5.2.6 Les médecines complémentaires et alternatives MCA

Recommandation 45

Les thérapies alternatives n'ont pas démontré leur efficacité et ne sont donc pas recommandées dans la prise en charge du TDAH, notamment la kinésiologie, l'ostéopathie et l'acupuncture. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	2	2	2	9	63	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.50	97.50

Expert	Commentaires
Expert 1	Idem reco 44
Expert 4	Cependant ne pas avoir un discours fermé quant à un impact positif sur certains symptômes ou certaine intensité de symptôme. Ce sont les discours fermés qui conduisent les parents à mettre en place ces pseudo-thérapie sans en parler aux professionnels de santé
Expert 8	Les thérapies alternatives n ont pas démontré leur efficacité et ne sont donc pas recommandées : sont-elles déconseillées ?
Expert 9	Comme pour la question précédente, pas totalement d'accord. Nous avons de nombreux retours sur l'impact positif de la kinésiologie par exemple.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Même si cela est évident, il convient de citer des données probantes ou leur absence.
Expert 15	Je rajouterai les réflexes archaïques et la graphomotricité si elle n'est pas réalisée par un psychomotricien DE, ergothérapeute DE ou orthophoniste.
Expert 19	Risque avéré de dérive sectaire : Kinésiologie https://www.miviludes.interieur.gouv.fr/quest-ce-quune-d%C3%A9rive-sectaire/o%C3%B9-la-d%C3%A9celer/les-d%C3%A9rives-sectaires-dans-le-domaine-de-la-sant%C3%A9/quell
Expert 22	Cliniquement nous avons cependant des résultats, notamment en ostéopathie.
Expert 23	Je pose ça là car je ne vois pas où le mettre ensuite. Mais il manque toute la partie 3.7 de l'argumentaire, c'est à dire la prise en charge pluridisciplinaire. Sachant que la description de Cog-fun n'est pas tout à fait exacte et que celle-ci a été prouvé efficace dans le traitement du TDAH.
Expert 26	Qu'en est-il de l'EFT , de la cohérence cardiaque, de la neurostimulation cérébrale, de l'EMDR ? Pour cette dernière l'efficacité dans les ESPT sont connus ; Les enfants TDAH peuvent avoir un vécu de stress post traumatique, sans forcément de violence ou d'accident (divorce , harcèlement..)
Expert 27	Rajouter aussi dans la liste l'homéopathie
Expert 35	Ils soignent les troubles associés (anxiété , trouble du sommeil) indirects et fondamentaux. La musique a aussi un très bon résultat pour diminuer les symptômes du TDAH https://www.cairn.info/remediation-orthophonique-par-la-musique--9782807321359-page-133.htm La musique et le sport pourraient alors faire partie des informations en psycho éducation.
Expert 36	Devrait être regroupée avec R46
Expert 41	Y compris la sophrologie, très souvent proposée par le milieu scolaire.
Expert 49	Certaines pratiques peuvent même être à risque, notamment en cas d'équilibre familial fragile
Expert 58	Si ces thérapies n'ont pas montré leur efficacité, alors il y a des preuves concernant l'absence d'efficacité ainsi, le grade de recommandation ne devrait pas être: accord d'expert mais au moins C
Expert 74	La note de 8 exprime juste le regret que cette recommandation n'aille pas encore plus loin et qu'elle se prononce aussi plus fermement en défaveur de nombreuses autres thérapies non conventionnelles dont certaines sont d'ailleurs ciblées par la Mivilude (qui pourrait aussi être mentionnée pour informer le grand public et les professionnels); on pense en particulier au coaching, l'aromathérapie, l'art-thérapie,

	la grapho-thérapie, la dentosophie, etc.
Expert 76	Idem !
Expert 77	De même "spécifique"
Expert 84	Je mettrais dans le même panier les approches de psychomotricité qui n'ont aucune recommandation dans le TDAH à ma connaissance alors qu'elles sont presque systématiquement proposées en France.
Expert 85	Je souscris au texte en l'état MAIS il me semble qu'on oublie dans cette séquence de reco 3.5. la place que peut prendre une intervention sur le fonctionnement exécutif visant à aider au développement de stratégie de compensation, en particulier en milieu scolaire, comme peuvent le faire par exemple les ergothérapeute. Il ne s'agit pas là de stratégie de remédiation cognitive en effet non validé, mais d'un accompagnement pragmatique, d'autant plus important qu'il existe d'autre troubles associés mais souvent très aidant quand le TDAH est sévère et très dysexécutif. Ne pas le mentionner me semble une erreur au regard de l'intérêt pour les enfants au delà de 10 ans et les ado.

Recommandation 46

Il est recommandé d'interroger systématiquement les familles sur les stratégies alternatives qu elles auraient mises en place, afin de les informer du risque possible en termes de perte de temps, d'argent et d'effets négatifs sur la santé. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	2	1	3	8	66	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.44	97.56

Expert	Commentaires
Expert 9	Quid d'informer les familles sur le coût d'un suivi psychologique qui peut durer très longtemps et sur l'efficacité...sur d'autres prises en charge longues et onéreuses et pas forcément efficaces...
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. C'est du bon sens. Cela fait partie de la psycho-éducation mais doit être étayé par des données probantes dans le cadre de RBP.
Expert 13	Donner une information fiable, étayée par des preuves, est utile. Il faut cependant respecter aussi la démarche familiale d'intégrer certaines pratiques alternatives, tant qu'elles ne sont pas directement dangereuses, qui peuvent malgré tout avoir un effet sur la qualité de vie et l'ambiance familiale sans pour autant avoir d'effet sur les symptômes du TDAH. Il s'agit aussi d'éviter un jugement négatif et une culpabilisation.
Expert 17	Formulation Afin de les informer qu'aucune démonstration scientifique n'a été apportée et par conséquence, des possibles pertes de temps, d'argent.

	J'enlèverais "effets négatifs sur la santé" (cela est-il prouvé ?)
Expert 21	A respecter cependant si les parents y sont favorables. Mais donner le niveau de preuves.
Expert 26	Il faut parfois respecter le fait d'un effet positif ressenti, car ces thérapeutes sont souvent bienveillants, à l'écoute ,avec un espace d'échange ,ce qui peut avoir un impact positif
Expert 35	Le parent qui connait bien son enfant et adolescent doit être libre du choix pour co construire un lien thérapeutique durable et plus efficace.
Expert 36	cf R45
Expert 58	En l'absence de preuves de bon niveau de recommandation, les thérapies alternatives doivent être discutées et remise au rang de thérapie n'ayant montré pas montré jusqu'ici leur efficacité. Si des méthodes aux effets indésirables ont été identifiées dans la littérature celles-ci devraient être présentées. A chacun de voir s'il souhaite associer en parallèle des méthodes dont l'efficacité n'a pas été prouvée. Je reformulerais cette recommandation en termes d'éducation thérapeutique pour les parents, sur les méthodes et thérapies faisant consensus à ce jour.
Expert 62	Bien souvent par manque de possibilité de rdv sur les stratégies recommandés les familles se tournent vers des prises en charges alternatives et perdent du temps de l'énergie et des finances
Expert 77	Avec une telle recommandation trop peu précise, la limite sera trop vite franchie entre la souhaitable prévention contre les dérives sectaires. L'ingérence dans les choix individuels des familles et leur croyance.. et la chasse aux sorcières contre l'espace de liberté que l'ont doit laisser à chaque praticien. Il me semble donc inadapté et fondamentalement malsain bien que dans l'air du temps d'encourager les gens à critiquer les pratiques de leur collègues au nom d'une doxa qu'elle qu'elle soit.
Expert 83	Je regrette que dans la partie prise en charge l'ETP ne soit pas plus développé. Voici une proposition : L'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le contexte du Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) revêt une importance particulière. L'ETP est une approche qui vise à accompagner les patients et leurs familles dans la gestion de leur état de santé afin d'améliorer leur qualité de vie. Dans le cas du TDAH, cette démarche éducative peut jouer un rôle essentiel dans l'acquisition de compétences permettant de mieux composer avec les défis associés à ce trouble neurodéveloppemental. L'ETP comporte une phase de psychoéducation visant à fournir des explications claires sur les symptômes, les facteurs de risque et les impacts potentiels sur la vie quotidienne notamment. L'ETP cherche à favoriser l'autonomie du patient en l'aidant à devenir un acteur actif dans la gestion de son TDAH. Cela implique l'identification et le renforcement des compétences personnelles. Également, l'accent est mis sur l'enseignement de stratégies d'adaptation pour mieux gérer les difficultés liées aux symptômes du TDAH comme par exemple des techniques et stratégies pour améliorer l'organisation du quotidien (perception du temps, mises en place de routines, rangement de la chambre, gestion des affaires), gérer les troubles du comportement en classe et lors des devoirs, comprendre et gérer les colères, utiliser de manière raisonnée et sécurisée les écrans, amélioration la communication intra-familiale, prise du traitement. Il existe un programme d'ETP sur le TDAH déposé à l'ARS. Ce dernier est relaté dans un livre (Mettre un œuvre un programme d'ETP pour mieux vivre avec un TDAH - Baghdadli, majorel, boudou)

3.5.2.7 Place des programmes d ETP

En France, des programmes ETP TDAH destinés à des enfants porteurs de TDAH et à leurs parents, sont en cours d'évaluation. Ils sont axés sur des éléments de psychoéducation, sur le retentissement fonctionnel et sur des éléments de prise en charge. Ils sont à destination des parents/aidants et de leurs enfants. Ils s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales. Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions.

Bien qu'il y ait relativement peu de données spécifiques sur l'efficacité de l ETP pour les enfants atteints de TDAH, des études suggèrent que l ETP peut être utile et constituent le plus souvent une façon pratique de regrouper les soins.

Expert 11	Paragraphe sur les programmes ETP : plusieurs termes peu lisibles : « et sur des éléments de prise en charge » : lesquels ? « font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales » : je ne comprends pas le sens
Expert 65	Références des études ??

4 Prise en charge médicamenteuse du TDAH

4.1 Indications du traitement médicamenteux

Les stratégies d'utilisation du médicament se basent sur l'âge, la sévérité et le retentissement du trouble.
Elles doivent être systématiquement associées à des mesures non médicamenteuses.

4.1.1 Avant l'âge de 6 ans

En cas de diagnostic de TDAH chez un enfant de moins de 6 ans après avis spécialisé, la prise en charge recommandée s'appuie sur des mesures non médicamenteuses telles que les Programmes d'Entraînement aux Habilités Parentales (PEHP).
En France, chez les enfants de moins de 6 ans, les traitements psychostimulants n'ont pas l AMM pour le TDAH. Bien que l'utilisation du MPH chez l'enfant de moins de 6 ans soit hors AMM, le Groupe de travail a souhaité proposer que le traitement médicamenteux puisse être prescrit avant l'âge de 6 ans, en cas de TDAH particulièrement sévère et après échec des mesures non médicamenteuses. Dans ce cas, un avis multidisciplinaire est nécessaire.

Recommandation 47

Avant l'âge de 6 ans, dans les cas les plus complexes et les plus sévères où un traitement médicamenteux serait envisagé, il est recommandé que celui-ci soit prescrit par une équipe spécialisée du TDAH et à l'issue d'une décision collégiale. (Grade B)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	1	0	1	4	2	11	58	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.00	95.00

Expert	Commentaires
Expert 8	De qui parle t'on quand on parle d'équipe spécialisée du TDAH ? sont ils en ville ou a l'hôpital ?
Expert 9	Pourquoi une décision collégiale ? Un pédopsychiatre ou un neuropédiatre bien sûr spécialisé dans le TDAH suffit.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. A quelles références s'appliquent la gradation ? Les spécialités à libération modifiée/prolongée ne sont pas conseillées avant l'âge de 6 ans. Le méthylphénidate à libération immédiate et à petite dose (quitte à répartir la posologie en deux prises) est conseillé.
Expert 19	La question de la stigmatisation de l'approche médicamenteuse doit être questionné chez les

	professionnels / experts. Le traitement n'a pas qu'un effet de régulation des comportements extérieurs chez la personne TDAH (réduction de l'impact social et extérieur chez l'enfant) mais également un effet de régulation interne des pensées, des émotions, de l'organisation et de sa capacité d'autodétermination (prise de décision sans impulsivité, prise de recul sans parasitage émotionnel excessif, démobilisation soudaine, brouillard mental, perte de repère temporel, mémoire de travail défectueuse etc). Outre les effets de performances extérieures, la régulation interne que permet le traitement offre un soulagement de comportement qui provoque une souffrance internalisée. N'envisager une médication que dans les cas dit sévère, dans un but purement scolaire / comportemental, c'est passé à côté de la problématique du patient et n'aborder le tdah que de l'optique des adultes. Quand on voit les délais actuels pour un premier rdv médical sur le territoire dans le public, puis la mise en place des démarches non-médicamenteuse, des années peuvent se passer avant que le patient puisse bénéficier d'un diagnostic/ traitement. Attendre la réunion d'une équipe spécialisée et d'une décision collégiale, dans le contexte de définancement d'un certain nombre d'expérimentation de territoire qui prenait le relais du public et qui bénéficiaient d'une équipe collégiale, c'est entériner le non-recours pour la preste totalité de la population. Sachant que le méthylphénidate n'a pas d'effet d'accoutumance ni de conséquence directe de son arrêt, les risques d'entamer, d'ajuster, et d'arrêter le traitement chez l'enfant au vu de la surveillance du professionnel prescripteur est un frein suffisant au mésusage. De plus, il existe aujourd'hui en France des forme galénique en micro dosage comme le médikinet 5mg qui permette de faire des premières titrations sans risque chez les enfants dès 4ans. Je ne trouve pas dans la littérature de justification à l'entérinement d'un protocole qui exclura factuellement les patients de l'accès au traitement avant 6 ans en imposant le recours à une équipe spécialisée.
Expert 21	Beaucoup mieux que le risperdal..
Expert 24	Très judicieux, mais difficile à mettre en pratique et notamment rapidement (car équipe spécialisée et décision collégiale veulent souvent dire hospitalières) Peut-être peut-on introduire ici la qualité de la formation initiale du médecin spécialisé qui a pu avoir une pratique hospitalière de ce type chez les moins de 6 ans ? ou proposer une liste des équipes spécialisées pour les moins de 6 ans ? Serait-il possible de rajouter une ligne concernant l'extrême prudence à avoir concernant la possible moindre tolérance du MPH chez les moins de 6 ans ? et qu'un échec ou une mauvaise tolérance du MPH chez les moins de 6 ans ne sont pas des facteurs de mauvaises efficacité ou tolérance après 6 ans ?
Expert 32	Par un spécialiste du TDAH mais pas forcément besoin d'un avis collégial...
Expert 35	Dès 5 ans pour les cas sévères avec TOP, la question avec les médecins doit se poser pour garantir que l'enfant puisse continuer d'aller à l'école. Et aussi pour limiter l'épuisement parental lorsque les TDAH avec TOP sont envahissants dans leur quotidien à tel point que les parents peuvent se séparer , en raison du burn out parental consécutif à des troubles de la régulation et une presque impossibilité à éduquer leur propre enfant TDAH.
Expert 44	Préciser le terme "collégiale"
Expert 47	Il conviendrait de détailler "MPH" une première fois pour une meilleure lisibilité du texte même s'il est dans la liste des abréviations. Etant donné qu'il est possible de prescrire le MPH hors AMM, une information sur le non-remboursement du produit dans ce contexte de prescription serait bienvenue. De fait, appeler le professionnel prescripteur à en informer les familles pour éviter de l'incompréhension et des conflits dans les pharmacies. Rappeler aux prescripteurs qu'ils doivent porter la mention « Hors AMM » sur l'ordonnance pour éclairer les pharmaciens et éviter les refus de dispensation à la pharmacie : le MPH étant sur la liste des stupéfiants, les pharmaciens sont particulièrement stricts sur la délivrance de ces molécules et veillent assez scrupuleusement à la conformité des prescriptions. L'absence de la mention "hors AMM" sur l'ordonnance peut soulever chez le pharmacien des soupçons finalement infondés.
Expert 52	Sous réserve de l'accessibilité d'une telle équipe
Expert 57	AMM : "Le méthylphénidate ne doit pas être utilisé chez l'enfant de moins de 6 ans. Sa sécurité d'emploi et son efficacité n'ont pas été établies dans cette classe d'âge."
Expert 58	Je ne suis pas spécialiste
Expert 60	Certains cas de TDAH ayant un impact très important (familial, scolaire et social) peuvent justifier un traitement par méthylphénidate avant 6 ans et habituellement à partir de 5ans. Il faut noter que dans le traitement des conduites agressives dans les troubles neurodéveloppementaux la Risperidone a une AMM dès 5 ans. Il serait logique d'avoir à disposition le Methylphénidate dès 5ans

	avec une évaluation d'un spécialiste de niveau 2 et une surveillance rapprochée.
Expert 62	Cependant il faut pouvoir donner un accès a ces familles qui ont un enfant avec un TDAH sévère et que ne trouve pas de médecin qui accepte de recevoir et d'évaluer un enfant avant 6 ans. Bien souvent ils demandent aussi d'attendre en laissant les familles sans aide et en souffrance familiale
Expert 63	3.5.2.7. Place des programmes d'ETP Faute d'orthographe, supprimer le "nt" à constituent de l'ETP qui est au singulier
Expert 65	Oui, mais comment les "équipes spécialisées" sont-elles définies ? quels cahiers de charges ? quel label ?
Expert 66	Une prise en charge en psychomotricité permet de travailler de manière concomitante la régulation émotionnelle
Expert 69	Mais où sont donc les "équipes spécialisées du TDAH" ??? Faire cela - alors qu'elles n'existent pas - revient à ne pas aider l'enfant et sa famille. Il faut bouger urgemment. C'est le désert quant aux spécialistes du TDAH. Et les autres médecins ne sont pas spécialistes en particulier sur la médication. Il y a urgence.
Expert 75	Évitons les prescriptions trop facile
Expert 77	On comprend mieux ici qu'il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire.
Expert 89	avant 6 ans décision de centre spécialisé de niveau 3

4.1.2 A partir de l'âge de six ans

Recommandation 48

Selon le RCP, le traitement médicamenteux par MPH est recommandé quand les mesures non médicamenteuses seules s'avèrent insuffisantes. (Grade B)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	2	2	3	9	60	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.56	97.44

Expert	Commentaires
Expert 9	Pour ma part, d'après les retours que nous avons des familles au sein de l'association mais pas que, il serait opportun de se pencher sur la possibilité de prescrire le traitement dès le départ, en même temps que la mise en place d'un suivi, d'une prise en charge. Car c'est souvent très compliqué pour un enfant avec un TDAH, notamment sévère, de s'impliquer dans un suivi, de mobiliser ses ressources alors qu'il n'est pas en capacité de le faire et que le traitement pourrait l'y aider.

Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. A quelles références s'applique la gradation ? Je ne comprends pas comment un RCP peut être gradé "B" ? Il y a d'autres références pour étayer ce point, comme des consensus et des lignes directrices déjà publiées qui citent des références gradées...
Expert 17	Possible d'écrire méthylphénidate en entier au lieu de MPH
Expert 19	Les critères de sévérités ne prenant pas en compte les éléments intérieurs de souffrance du patient mais uniquement les perturbations dans l'environnement, une recommandation de non recommandation de MPH selon le critère de sévérité exclus d'un soulagement intérieur les patients avec une prédominance inattentive, qui sont déjà sous diagnostiqué car leur comportement sont moins perturbateur. Or la médication apporte au patient un meilleur contrôle sur cette inattention et favorise sa capacité d'autodétermination. Une telle recommandation, à mon sens, ne vas faire que maintenir le statu Co et la faible prise en compte du TDAH a prédominance inattentive et féminin.
Expert 35	Sans attendre 6 ou 7 ans à tout prix, car 1 an est très important pour mettre en place le traitement et éviter alors la mise en place de troubles associés qui s'aggravent comme l'anxiété, dépression, ou décrochage scolaire, manque de motivation à l'école.
Expert 52	Un délai pour évaluer l'efficacité des mesures non médicamenteuses pourrait être indiqué
Expert 54	Par expérience, il me semble que les enfants qui bénéficient déjà d'un traitement médicamenteux bénéficieront plus largement de leurs rééducations.
Expert 59	Selon la sévérité, le traitement permet aussi de permettre à l'enfant de mieux bénéficier de ses autres accompagnements ; Sinon que de temps perdu ..
Expert 62	Au bout de combien de temps peut-on dire que cela ne fonctionne pas ? En effet certains médecins vont préférer attendre et cela sera délétère pour la famille
Expert 65	Sur quels arguments repose le Grade B ? l'efficacité du MPH est solidement étayée (bien mieux que toutes les mesures proposées en première ligne) donc il s'agit d'un Grade A (nombreuses études et méta-analyses..) cf Cortese Lancet Psychiatry 2018. De plus, le grade B serait en contradiction avec les recommandations internationales.
Expert 69	Le traitement médicamenteux doit être proposé à chaque fois qu'il peut aider la situation. Attendre l'échec de mesures non médicamenteuses est long, impossible à gérer pour la famille et inutile. Un bon professionnel doit pouvoir évaluer la nécessité d'un traitement et le proposer. Ne pas oublier qu'il faudra encore que la famille accepte ...
Expert 72	D'autres pays ont fait un choix différent il me semble. Le groupe de RCP devrait justifier pourquoi il propose cette stratégie (avec laquelle je suis globalement en accord)
Expert 90	Préciser signification de RCP

Recommandation 49

Dans les cas de formes sévères, le Groupe de travail recommande qu'il soit possible de débuter un traitement médicamenteux rapidement après la mise en place de la psychoéducation, afin de ne pas retarder l'efficacité de la prise en charge. (Grade B)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	3	0	1	0	2	14	57	3

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.50	92.50

Expert	Commentaires
Expert 2	Importance à accorder à une décision collégiale avec les professionnels qui prennent en charge l'enfant et la famille. Une TCCE peut prendre du temps à modifier les comportements mais être efficace à moyen terme même si la famille n'en voit pas les effets immédiats.
Expert 9	Il serait nécessaire de proposer de débuter le traitement simultanément à la mise en place de la psychoéducation.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Quelles sont les références prises en compte pour arriver à un grade B? Il faudrait citer les données probantes qui, a contrario, montreraient que le retard à l'instauration d'un traitement est péjoratif. De plus, il faudrait expliciter ce qu'est une forme sévère de TDAH: nombre de symptômes, retentissements, comorbidités, etc.?
Expert 14	Non, en même temps! c'est régulièrement la combinaison des 2 qui est le plus aidante!
Expert 35	En même temps de la psychoéducation pour les enfants avec TDAH sévères, le traitement doit être commencé sans attendre pour éviter des déscolarisations, des enfants qui ne peuvent plus aller à l'école, être accepté car ils souffrent trop de leur TDAH , tout comme leur parent au quotidien.
Expert 45	Il faut d'abord laisser le temps aux mesures non médicamenteuse et à la psychoéducation PEHP de faire leurs effets donc au contraire pour moi il faut savoir temporiser
Expert 64	Formes sévères avec retentissement scolaire, socio-familial majeur
Expert 65	Accord sur la recommandation mais pas sur le Grade, ici aussi il faut mettre un grade A. D'ailleurs les recommandations des traitements psychosociaux ne sont pas gradées, pour quelle raison ?
Expert 69	Même commentaire qu'au-dessus
Expert 85	OUI, j'ajouterais de « potentialiser voir de rendre possible l'effet des thérapeutiques non médicamenteuses de cinétique d'action bcp plus lente. »

4.2 Les traitements médicamenteux disponibles et leurs indications : Stratégie de prescription médicamenteuse

4.2.1 Psychostimulant

La seule molécule disposant d'une AMM en France concernant la prise en charge du TDAH chez l'enfant à partir de 6 ans et l'adolescent est le méthylphénidate (MPH).

Le méthylphénidate est un psychostimulant, qui n est pas une amphétamine, ni un dérivé d'amphétamine.

Les résultats des études cliniques sont en faveur d une efficacité du méthylphénidate, par rapport au placebo, sur l'amélioration des symptômes du TDAH (signes d'hyperactivité, inattention et impulsivité) chez les enfants et adolescents d'âge scolaire à court terme. Ces résultats ont principalement porté sur des études de durées de suivi courtes (< 6 mois)

Le méthylphénidate existe sous plusieurs formes galéniques :

- une forme à libération immédiate
- des formes à libération modifiée (contenant à la fois du MPH à libération immédiate (LI) et du MPH à libération prolongée (LP))

Lorsqu' il y a une indication de traitement médicamenteux, les psychostimulants sont en France les traitements médicamenteux à proposer en première ligne. Dans tous les cas, les mesures non médicamenteuses doivent être aussi proposées.

L'indication d'un psychostimulant dans le TDAH de l'enfant de plus de 6 ans et de l'adolescent peut s'envisager en cas de TDAH pour lequel la prise en charge non médicamenteuse est insuffisante et avec un retentissement dans au moins un domaine de

fonctionnement (académique, comportemental, familial).

Recommandation 50

Lorsqu'il y a une indication de traitement médicamenteux, il est recommandé de privilégier en première ligne la prescription de méthylphénidate à libération prolongée (LP). (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	5	5	44	27

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Le paragraphe me parait trop maigre au vu de toutes les questions que le sujet amène de la part du grand public mais aussi de certains médecins Rajouter quelque part que comme le montre la littérature, les stimulants sont très efficaces pour diminuer les symptômes du TDAH et toutes les autres répercussions décrites dans l'argumentaire bien qu'il n'offrent pas de "guérison"
Expert 9	Je ne suis pas médecin, je ne peux donc pas répondre à cette question. Par contre, la plupart du temps, c'est du méthylphénidate en libération immédiate qui est prescrit, en tout cas ici en Alsace.
Expert 11	« TDAH pour lequel la prise en charge non médicamenteuse est insuffisante » En contradiction avec l'accord d'expert juste au-dessus : à supprimer « Retentissement dans au moins un domaine de fonctionnement » Le diagnostic selon le DSM exige qu'un retentissement fonctionnel existe dans au moins deux sphères de fonctionnement, je ne vois donc pas le sens de cette phrase.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Les deux dernières phrases se contredisent entre elles: la formulation n'est pas claire du tout. En plus, la dernière phrase est un peu en contradiction avec les recommandations précédentes. Il faudrait alors préciser ce qu'est un retentissement et comment on l'évalue. Pour l'instauration avec une spécialité à libération prolongée, il faudrait préciser les principes de la titration et de la posologie visée. Sinon, cette recommandation ne sert qu'à éviter la titration avec la Ritaline LI avant passage à une spécialité à LP, telle que recommandée dans la RCP (ce qui montre qu'elle n'est pas du tout à jour). Donc, d'un côté, il est écrit "selon le RCP" (recommandation 48) et, d'autre côté, on contredit le RCP...
Expert 26	J'ai toujours commencé par la ritaline LI , ce qui permet d'ajuster plus finement la dose , en fonction des effets positifs ou négatifs ,à l'horaire dans la journée ; puis, dans un deuxième temps (6 semaines) une forme prolongée Les études ne montrent d'ailleurs pas d'efficacité supérieure de l'une ou de l'autre

Expert 29	Ces questions de traitement médicamenteux relèvent spécifiquement du domaine médical et je ne suis pas compétente sur ce point
Expert 31	Tout dépend ce qu'on entend par "privilégier"; Selon l'ANSM et le Vidal, il peut être bénéfique dans le cadre de la titration du MPH de débuter par du LI avant de passer en forme LP.
Expert 32	Sauf si raisons particulières de prescrire une forme LI
Expert 35	Oui, car il dure beaucoup plus longtemps, 8 heures environ en clinique.
Expert 43	Cela me semble plus logique puisque permettant un effet sur du plus long terme mais, n'étant pas médecin ni pharmacologue, je ne peux me prononcer plus avant.
Expert 56	La variabilité de sensibilité individuelle observée dans un nombre de témoignages ne me permet pas de donner une réponse clairement affirmative.
Expert 58	Je ne suis pas spécialiste
Expert 64	Libération modifiée dans le texte
Expert 65	Concernant le texte du paragraphe 4.2.1 Il existe aussi une forme OROS/LP
Expert 74	"L'indication d'un psychostimulant dans le TDAH de l'enfant de plus de 6 ans et de l'adolescent peut s'envisager en cas de TDAH pour lequel la prise en charge non médicamenteuse est insuffisante et avec un retentissement dans au moins un domaine de fonctionnement (académique, comportemental, familial)". P. 41 ; cette phrase apparaît paradoxale avec la définition même du TDAH et les critères de diagnostic, qui impose que le retentissement des troubles survient dans au moins deux contextes différents (contre ici au moins un).
Expert 87	Je rajouterais en quoi le MPH diffère des amphétamines en décrivant son mode d'action : Le MPH est un stimulant du système nerveux central qui inhibe la recapture des catécholamines, particulièrement de la dopamine, en stimulant sa libération depuis le neurone amont. Le methylphénidate est un psychostimulant, qui n'est pas une amphétamine, ni un dérivé amphétaminergique. En effet le MPH ne libère pas la dopamine nouvellement synthétisée dans la fente synaptique comme le fait l'amphétamine.

Recommandation 51

L'efficacité et de la tolérance du MPH varie d'une personne à l'autre sans qu'il soit possible de le prévoir.

En cas de mauvaise tolérance ou d'inefficacité, il est recommandé d'adapter le dosage ou de proposer une autre spécialité galénique de méthylphénidate, car l'efficacité individuelle peut varier d'une spécialité à l'autre. (Grade B)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	2	5	54	21

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Dans mon expérience professionnelle beaucoup d'inefficacité liée à "l'oubli" d'augmenter pendant la croissance, ou à la crainte de prescription, Mauvaise observance également sur une méconnaissance des utilisateurs et de leur famille sur les mesures en cas d'effet "zombie" et autres effets indésirables
Expert 9	C'est ce qui est mis en avant par les professionnels et c'est aussi le retour que nous avons des personnes concernées.
Expert 11	L'efficacité ET LA TOLERANCE peuvent varier d'une spécialité à l'autre. Proposer plutôt que si l'efficacité est suboptimale mais la tolérance est bonne il s'agit d'augmenter progressivement les posologies S'il existe des difficultés de tolérance + une efficacité correcte et/ou suboptimale, il s'agit de changer de spécialité
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Quelles sont les références prises en compte pour arriver à un grade B? On peut même aller jusqu'à remettre en question la posologie (courts métaboliseurs et longs métaboliseurs) lorsque l'efficacité n'est pas obtenue ou les effets indésirables trop marqués. L'expérience montre que certains patients réagissent très bien à des doses faibles comparées à leur poids corporel...
Expert 19	Rappel : le Métylphénidate générique du Concerta n'a pas le même mode d'action et doit être considérer comme une forme galénique supplémentaire et non comme un substitue.
Expert 24	Précisions concernant le tableau MPH : - la pratique clinique empirique tend à démontrer largement que le générique du Concerta n'a clairement pas la même efficacité que le Concerta, et que s'il est efficace, sa durée d'action est réduite et plus proche de 8h que de 12h.
Expert 31	Il peut être intéressant de montrer dans les recommandations les courbes cinétiques des différents galéniques, ce qui peut aider les cliniciens à la titration. Présent dans : Banaschewski T, Coghill D, Santosh P, Zuddas A, Asherson P, Buitelaar J, Danckaerts M, Döpfner M, Faraone SV, Rothenberger A, Sergeant J, Steinhausen HC, Sonuga-Barke EJ, Taylor E. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006 Dec;15(8):476-95.
Expert 35	Il est conseillé de le faire en partenariat avec les parents , bon observateurs des effets secondaires du traitement.
Expert 58	je ne suis pas spécialiste

Voir dans Texte des recommandations : Tableau Méthylphénidate :Spécialités galéniques commercialisées en France (2023)

4.2.2 Non psychostimulant

Les non-psychostimulants sont des médicaments de deuxième ligne pour la prise en charge des symptômes du TDAH, en raison du taux de réponse et de l'ampleur de l'effet plus faibles que les psychostimulants. Ils peuvent être proposés lorsque les psychostimulants sont contre-indiqués, inefficaces ou mal tolérés.

Recommandation 52

En cas de mauvaise tolérance ou d'inefficacité, malgré différents essais de forme galénique ou d'adaptation posologique de méthylphénidate, il est possible de proposer de l atomoxétine (sous AAC) et hors AMM en troisième ligne de la clonidine. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	2	0	0	1	1	4	6	35	33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.00	94.00

Expert	Commentaires
Expert 9	Je n'ai connaissance que du Strattera qui n'est malheureusement que très peu prescrit. Et par la même, des enfants sont sans solution médicamenteuse. Les professionnels sont-ils assez informés des possibilités autres que le méthylphénidate?
Expert 11	+ en cas de contre-indication aux psychostimulants
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Plutôt "qu'ampleur de l'effet" on devrait parler de "taille de l'effet dans les études de phase 3". La clonidine est difficile à manipuler, souvent en passant par des préparations magistrales. Elle est très sédative ce qui peut être un inconvénient significatif. La dexamphétamine peut être obtenue en ACC pour les patients étrangers résidants en France et précédemment traités par ce produit dans leur pays d'origine. Il s'agit d'une rupture franche de l'égalité que le groupe de travail devrait dénoncer. Le groupe de travail pourrait souligner la nécessité d'obtenir des AMM pour les traitements non psychostimulants, sans risque addictogène prévisible, et inscrits au tableau A. Le coût de l'atomoxétine en ACC est important: jusqu'à 10€ le comprimé!
Expert 19	La Lisdexanphetamine (ElVANSE) est également disponible au Portugal, en Espagne. Il est temps que les patients français puissent bénéficier d'alternative connu et sure pour le tdah.
Expert 35	Je ne suis pas médecin.
Expert 44	En cas de mauvaise tolérance ou d'inefficacité, malgré différents essais de forme galénique ou d'adaptation posologique de méthylphénidate, il est possible de proposer de l atomoxétine (sous AAC) et, hors AMM, en troisième ligne, de la clonidine. (Accord d experts)
Expert 45	Uniquement par équipes spécialisées à mon sens
Expert 47	L'acronyme AAC est défini dans le paragraphe suivant mais tants qu'à le définir, il serait plus pertinent de le faire ici, cela serait d'autant bénéfique à la lisibilité du texte. Dans le texte suivant cette recommandation : "Bien que ces produits n'aient pas l'AMM en France, des patients étrangers traités par ces médicaments peuvent consulter en France et il est utile que les médecins français les connaissent" Par souci de bien informer le prescripteur, il conviendrait d'ajouter la Suisse dans la liste des pays où la Lisdexamfetamine est disponible car bien que ne faisant pas partie de l'Europe, elle est frontalière de la France et ainsi, des patients français consultent en Suisse et se font prescrire et dispenser ces molécules en Suisse ; à l'inverse des patients Suisses fréquentent voire résident sur le territoire français dans ces territoires frontaliers.
Expert 52	Le terme de "ligne" prête à confusion (médecins de 1ère, 2° et 3ème lignes); Le terme consacré ici n'est-il pas "intention" (1ère/2ème intention) ?
Expert 57	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/strattera_-_ct-_8904.pdf Avis défavorable au remboursement par la commission de la transparence (avis du 19 janvier 2011)

Expert 58	Je ne suis pas spécialiste
Expert 72	Vu que la dexamphétamine existe aussi en AAC (la lisdexamphétamine doit avoir été démarrée à l'étranger), pourquoi ne pas les proposer en recours comme cela est fait pour l'atomoxétine? D'autant que l'atomoxétine est moins efficace que ces spécialités amphétaminiques.
Expert 89	je n'en ai pas l'expérience
Expert 90	il y a une parenthèse en trop après "guanfacine" Je pense que le paragraphe peut être formulé de façon plus claire (dont clonidine sans saut 2 lignes entre les 2 phrases)

La spécialité à base d atomoxétine (Strattera®), bénéficie d'une AAC dans l'indication de TDAH (autorisation d'accès compassionnel, anciennement ATU nominative : autorisation temporaire d'utilisation), dans le TDAH des enfants et adolescents après échec des traitements bénéficiant d'une AMM dans l'indication. Il s'agit d un inhibiteur du transporteur présynaptique de la noradrénaline sans affinité majeure pour les autres systèmes de neurotransmission. La clonidine (Catapressan®) est un antihypertenseur d'action centrale de type agoniste sélectif des récepteurs adrénergiques ¿2 qui en France n'a pas d AMM chez l'enfant et l'adolescent pour le TDAH.
La clonidine est proposée dans certains pays pour le traitement du TDAH en troisième intention. Elle peut être envisagée en co-médication avec le MPH (hors AMM) ou en monothérapie, si le traitement initial par MPH seul est insuffisant.
A titre d'information, la guanfacine), agoniste alpha adrénergique dispose d'une AMM européenne centralisée dans le traitement du TDAH des enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans inclus chez qui les médicaments psychostimulants ne sont pas adaptés, n'ont pas été tolérés et/ou efficaces. Cependant ce produit n'est pas commercialisé en France.
Enfin, à l'étranger d'autres traitements psychostimulants ou non psychostimulants sont prescrits pour le TDAH. Bien que ces produits n'aient pas l'AMM en France, des patients étrangers traités par ces médicaments peuvent consulter en France et il est utile que les médecins français les connaissent.
Autres traitements psychostimulants prescrits dans le TDAH mais non commercialisés en France :
La Lisdexamfetamine bénéficie d'une AMM dans le traitement du TDAH de l'enfant (à partir de 6 ans et après échec du méthylphénidate) en Europe dans les pays suivants (11 pays) : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Irlande, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni.
La Dexamfetamine bénéficie d'une AMM dans le traitement du TDAH de l'enfant (à partir de 6 ans et après échec du méthylphénidate) en Europe dans les pays suivants (10 pays) : Allemagne, Danemark, Finlande, Islande, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Suède et Royaume-Uni).

4.3 Bilan pré-thérapeutique

Recommandation 53

Un bilan pré-thérapeutique complet est recommandé au regard du profil de tolérance du méthylphénidate ; celui-ci comprend :
- une évaluation rigoureuse de l'état cardiovasculaire du patient incluant la mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque.
- une anamnèse complète documentant les traitements concomitants, les troubles ou symptômes associés médicaux et psychiatriques antérieurs et actuels, les antécédents familiaux de mort subite d'origine cardiaque d'arythmie ventriculaire ou de décès inexpliqué
- une mesure précise du poids et de la taille du patient avant le début du traitement

Il n y a pas d'indication à réaliser de façon systématique un ECG avant d'instaurer un traitement par méthylphénidate. (Accord d'Experts)

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	0	0	1	1	5	6	46	21

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.84	95.16

Expert	Commentaires
Expert 7	Un ECG et une échographie cardiaque initiales ne sont pas obligatoires mais me paraissent fortement recommandées. Le délai de leur réalisation ne doit pas empêcher la mise ne place du traitement mais il n'est pas rare de faire des découvertes fortuites de syndrome de Wolf parkinson W, pour lequel la prescription des psychostimulants est controversée.
Expert 11	Manque la recherche des contre-indications au MPH Pour l'ECG : préciser avant 18 ans ? Chez l'adulte il semble incontournable
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Est-ce que le groupe de travail entend "examen par un cardiologue" lorsqu'il recommande "évaluation rigoureuse de l'état cardiovasculaire"? Si ce le cas, pourquoi recommander de ne pas pratiquer un ECG avant instauration du traitement? "Mesure précise" peut être remplacée par "pesée". Une mesure de la tension artérielle doit être ajoutée puisqu'elle apparaît dans la recommandation suivante.
Expert 23	Je noterai aussi l'importance du traitement sur l'appétit. Notamment quand un trouble alimentaire pédiatrique est présent en plus du TDAH.
Expert 24	Comme la prescription initiale est réservée aux neurologues, psychiatres (et pédiatres), il parait peu concevable de ne pas demander systématiquement un ECG (comme on le ferait pour la plupart des autres psychotropes). Par ailleurs, un bilan biologique, bien que non recommandé, peut mettre en évidence des diagnostics différentiels ou comorbides (dysthyroidie (TSHus), carence martiales (ferritinémie)) qui pourraient faire remettre en question ou différer la mise en place du traitement par MPH.
Expert 26	Dans mon expérience personnelle de 32 ans de prescription de méthylphénidate , j'ai toujours fait en ECG J'ai à plusieurs reprises diagnostiqué des troubles du rythme ou de la conduction alors qu'il n'y avait aucun antécédent familial , ni de symptômes Je vous prie de bien vouloir nuancer votre position:la mort subite par définition ne prévient pas .... Pour les troubles du rythme ,il y avait contre-indication du traitement par MPH Pour les Q-T longs ,surveillance ECG sous traitement Alors que la chirurgie cardiaque n'est en elle-même pas une contre-indication , pour ce que j'ai pu observer des avis cardiologiques pris
Expert 31	Données récentes rassurantes : Peu de preuves d'un effet sur la croissance (différence de score de vitesse de la taille à 24 mois -0-07 (IC à 95% -0-18 à 0-04 ; p=0-20) ou d'un risque accru d'événements indésirables psychiatriques ou neurologiques dans le groupe méthylphénidate par rapport au groupe sans méthylphénidate.

	La fréquence du pouls et la pression artérielle systolique et diastolique étaient plus élevées dans le groupe méthylphénidate que dans le groupe sans méthylphénidate après 24 mois de traitement. Aucun événement indésirable grave n'a été signalé au cours de l'étude. => cf. Man KKC, Häge A, Banaschewski T, Inglis SK, Buitelaar J, Carucci S, Danckaerts M, Dittmann RW, Falissard B, Garas P, Hollis C, Konrad K, Kovshoff H, Liddle E, McCarthy S, Neubert A, Nagy P, Rosenthal E, Sonuga-Barke EJS, Zuddas A, Wong ICK, Coghill D; ADDUCE Consortium. Long-term safety of methylphenidate in children and adolescents with ADHD: 2-year outcomes of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Drugs Use Chronic Effects (ADDUCE) study. Lancet Psychiatry. 2023 Mar 20:S2215-0366(23)00042-1. doi: 10.1016/S2215-0366(23)00042-1. Tolérance cardiaque : données récentes rassurantes. - L'utilisation de médicaments contre le TDAH n'est pas associée de façon statistiquement significative au risque de MCV chez : les enfants et les adolescents (RR, 1,18 ; IC à 95 %, 0,91-1,53), les adultes jeunes et d'âge moyen (RR, 1,04 ; IC à 95 %, 0,43-2,48), les adultes plus âgés (RR, 1,59 ; IC à 95 %, 0,62-4,05), dans l'ensemble de la population (RR, 1,22 ; IC à 95 %, 0,88-1,68). - Chez les patients avec troubles cardiaques : Les médicaments stimulants sont sûrs chez les patients souffrant de coronaropathie sous-jacente. Dans les cas d'affections cardiaques congénitales légères (communication interventriculaire, communication interauriculaire et valvulopathie isolée), les pédiatres peuvent initier un traitement stimulant en toute sécurité. Dans les cas complexes de coronaropathie, l'avis d'un cardiologue est recommandé avant de commencer les stimulants. => Cf. Zhang L, Yao H, Li L, Du Rietz E, Andell P, Garcia-Argibay M, D'Onofrio BM, Cortese S, Larsson H, Chang Z. Risk of Cardiovascular Diseases Associated With Medications Used in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2022 Nov 1;5(11) => Cf. Chung LM, Hariharan G, Varma S. Safety of stimulant medications for attention deficit hyperactivity disorder in paediatric congenital heart disease. J Paediatr Child Health. 2023 Feb 15.
Expert 32	Pas possible de faire systématiquement une mesure de PA, est-ce vraiment indispensable chez un enfant en bonne santé et sans antécédent ?
Expert 35	Un EEG est conseillé étant donné les effets secondaires possible cardiaques.
Expert 41	Il y a lieu de réaliser un ECG en cas 'd'anomalies à l'examen clinique ou d'ATCD familial de mort subite non documentée.
Expert 63	4.2.2. Non psychostimulant - supprimer la parenthèse inutile après le mot "guanfacine" - supprimer la parenthèse inutile après Royaume-Uni 4.3. Bilan pré-thérapeutique revoir la ponctuation des énumérations
Expert 64	Ajouter la prématurité (facteur de risque de malformation cardiaque)
Expert 66	Le dépistage du QT long congénital ne peut se faire que par ECG

Recommandation 54

Les éléments cliniques cardiaques suivant sont à rechercher : de façon systématique :

- antécédent de cardiopathie congénitale ou chirurgie cardiaque antérieure
- antécédent de mort subite chez un parent au premier degré de moins de 40 ans évoquant une maladie cardiaque ou anamnèse familiale inaccessible
- anomalie à l'auscultation cardiaque
- hypertension artérielle (HTA)

En cas de doute ou d'élément positif, il est recommandé de demander un avis cardiologique, ou de réaliser un ECG. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	1	2	7	51	21

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.61	98.39

Expert	Commentaires
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Je doute qu'un psychiatre ou un pédopsychiatre puisse être capable d'ausculter correctement un cœur. Il me semble que les recommandations 53 et 54 devraient être ré-écrites car elles sont partiellement en contradiction l'une avec l'autre.
Expert 21	Répétitions certaines choses sont déjà dite au dessus
Expert 24	c.f. ci-dessus
Expert 32	On ne peut demander un examen clinique cardiaque à tous les pédopsychiatres...
Expert 35	Tout dépend des antécédents familiaux
Expert 44	En cas de doute ou d'élément positif, il est recommandé de demander un avis cardiologique, ou de réaliser un ECG. Préciser dans quel cas choisir l'une ou l'autre possibilité
Expert 63	- revoir la ponctuation des énumérations - une faute d'orthographe, rajouter un "s" à suivants dans la 1ère phrase "les éléments cliniques cardiaques suivantS"
Expert 64	Ou bien le placer dans cette recommandation

4.4 Modalités de prescription

4.4.1 Prescripteurs

Actuellement, en France la primo-prescription et le renouvellement annuel ne sont autorisés qu'aux psychiatres, pédiatres et neurologues. Il est à noter que depuis le 13 septembre 2021, il n'est plus nécessaire que ce spécialiste travaille dans un hôpital. Dans les périodes intermédiaires tout médecin peut renouveler cette prescription et peut l'adapter.

Le Groupe de travail souhaite que tout médecin formé au diagnostic et à la prise en charge du TDAH, tel que défini dans le préambule Formation des professionnels médicaux au TDAH puisse être considéré comme médecin spécialisé du TDAH.

Il existe actuellement des difficultés d'accès aux seuls spécialistes du trouble selon la qualification actuelle (psychiatres, pédiatres et neurologues), conduisant à des retards voire à des défauts de prise en charge.

Compte tenu de ce contexte, le Groupe de travail serait favorable au fait que l'introduction et le renouvellement annuel d'un traitement par MPH puisse être effectué par tout médecin ayant validé une formation au diagnostic et à la prise en charge du TDAH selon les termes définis dans ces recommandations HAS.

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Recommandation 55

Il est souhaité par le Groupe de Travail que l'introduction d'un traitement par méthylphénidate et son renouvellement annuel puissent être réalisés, à l'avenir, par un médecin spécialisé du trouble, c'est-à-dire ayant validé une formation au diagnostic et à la prise en charge du TDAH. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	5	7	7	57	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.28	98.72

Expert	Commentaires
Expert 1	Essentiel
Expert 5	Il est urgent d'augmenter le nombre de médecins prescripteurs en France : le fait de valider une formation spécifique quelle que soit la spécialité du médecin permettra des pratiques homogènes et validées+++
Expert 6	Comment établir qu'un médecin est spécialisé du trouble; il faudrait mieux définir ces critères (formation de combien d'heures ? validée par qui ?)
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le groupe de travail devrait-il saisir le Conseil National de l'Ordre des Médecins pour faire reconnaître la spécialisation d'un médecin au TDAH avec les prérogatives qui s'y attacheraient? Il est vrai que la spécialité médicale ne fait pas la spécialité au TDAH. L'absence de formation et de protocoles précis et étayés en est une des raisons. Le groupe de travail devrait souligner la nécessité de formation continue pour tous les prescripteurs de méthylphénidate. Libérer la prescription me semble une mesure prématurée.
Expert 17	Est-il envisageable de faire évoluer la loi et de prévoir des ordonnances de 3 mois ?
Expert 20	BRAVO !! L'actuelle autorisation accordée en fonction de la spécialité (et pas en fonction d'une compétence) entraine de fréquents retards de prescription et perte de chances pour de nombreux enfants.
Expert 21	Bien sûr. certains généralistes connaissent bien ... mais formation obligatoire Très bien et bien mieux que le seul titre de spécialiste
Expert 24	Désaccord, Pas concernant l'initiation ou l'adaptation du traitement par un médecin formé au TDAH quel que soit sa spécialité initiale. L'écueil me semble plutôt quant à la primo-prescription à des patients (enfants ou adultes) qui pourraient présenter des diagnostics différentiels ou comorbides notamment psychiatriques qui rendraient dangereuse la prescription de MPH ou qui nécessiteraient des traitements adjuvants

	introduits et stabilisés en premier lieu. Si cette recommandation devait persister, il faudrait que la primo-prescription faite par des médecins formés au TDAH hors spécialités actuelles soit réservée au cas simple sans aucune comorbidité. On pourrait également proposer une réévaluation systématique de la primo-prescription par un neurologue, psychiatre ou pédiatre spécialiste.
Expert 29	Le diagnostic précoce doit être valorisé. Mais l'accès aux médecins spécialistes est d'environ 1 an, ce qui rend complexe et souvent douloureuse la vie des enfants concernés, de leur famille et des groupes classe Comment organiser un parcours repérage / dépistage / diagnostic rapidement efficace ?
Expert 35	Y compris les médecins traitants.
Expert 44	Uniformiser le texte: médecin spécialisé dans le trouble (ou médecin spécialiste du trouble)
Expert 52	Cela dépend de la formation au diagnostic (contenu, modalités : formation labellisée), qui mériterait d'être accompagnée d'une supervision en suivant
Expert 58	Dans la mesure ou la formation serait de bonne qualité. Il est difficile d'imaginer que chaque médecin généraliste puisse se substituer au manque de pédopsychiatre, neuropédiatre, neurologue
Expert 60	Il parait difficile pour la CNAM d'identifier des praticiens ayant une formation mais pas une spécialité pour la primo-prescription annuelle. Il semble que si l'ensemble des pédiatres (8600) participent à cette primo-prescription (ce qui est loin d'être le cas actuellement en particulier chez les libéraux qui sont 2674 selon la CNAM) avec les neurologues et avec les psychiatres il y aura une nette amélioration de l'accessibilité au traitement par methylphénidate.
Expert 65	Plutôt d'accord, mais voir mes commentaires du début sur la formation initiale et sur le risque que des médecins (notamment pédiatres ou psychiatres) se déclarent "incompétents" s'ils n'ont pas eu de FMC spécifique qui repose sur le volontariat. La recommandation va dans le sens d'une possibilité d'initiation ou renouvellement annuel du MPH par u médecin généraliste ayant reçu une formation complémentaire - si c'est le cas il faut le dire clairement.
Expert 74	Encore une fois, sous réserve de ce qu'on appelle formation au diagnostic et à la prise en charge du TDAH, de leur contenu et de leur format.
Expert 85	Je me permets de rappeler qu'on ne peut pas saucissonner à l'envie les compétences nécessaires pour s'occuper des enfants avec TND. Si un élargissement de prescription doit être envisagé, j'en comprends l'argumentaire, il ne saurait concerner des médecins qui n'auraient que « validé une formation TDAH », c'est hors sol comme approche, le TDAH n'est pas une entité isolée des autres TND.

Recommandation 56

Dans le cadre du parcours de soin coordonné, il est recommandé que le médecin spécialisé du TDAH, initiateur de la prescription et de son renouvellement annuel, transmette des informations médicales et explicatives au médecin intervenant dans le parcours pour les renouvellements. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	7	71	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Un carnet de suivi du traitement pourrait être créé en annexe du carnet de santé pour permettre une bonne information partagée entre le patient le médecin traitant et le spécialiste.
Expert 11	Médecin spécialiste et non spécialisé du TDAH
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Il me semble que cela a déjà été écrit plus haut.
Expert 23	Il serait intéressant que ce médecin prescripteur devienne aussi le coordonnateur de l'équipe de soin derrière s'il y a.
Expert 29	La coordination et le maillage des professionnels fait souvent défaut
Expert 35	En accord explicite avec les parents.
Expert 36	"explicatives"? un peu faible....à développer : explicatives sur les modalités posologiques et leur surveillance
Expert 41	Cette transmission est indispensable et doit au mieux être faite via les messageries professionnelles sécurisées (MSSANTE). Le médecin traitant qui va réévaluer et renouveler le traitement mensuellement est à même de pouvoir adapter les posologies et de changer le rythme séquentiel du traitement (continu ou discontinu) en accord avec le médecin spécialisé TDAH.
Expert 60	Dans le cadre conventionnel c'est une obligation.
Expert 75	En début de traitement, il serait bien que le prescripteur contacte le pharmacien choisi afin que ce dernier ne soit pas surpris de ce nouveau patient qui s'adresse à lui, mais aussi pour un meilleur suivi sur le long terme avec les variations éventuelles des posologies
Expert 90	Pour le 4.4.2 : préciser que l'ordonnance sécurisée peut être sous format numérique ?

4.4.2 Ordonnance sécurisée

La phase d'initiation du traitement nécessite une évaluation et un ajustement précis du traitement, de l'efficacité attendue et des effets indésirables potentiels par un médecin spécialiste du TDAH.

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

Actuellement, l'initiation et le renouvellement annuel d un traitement par méthylphénidate nécessitent une prescription par un spécialiste du trouble (psychiatre, pédiatre, neurologue). Cette prescription du spécialiste a une validité d'un an. Dans les périodes intermédiaires, tout médecin peut renouveler cette prescription.

L'ordonnance sécurisée comprend une prescription écrite en toutes lettres et mentionne le nom et la localisation de la pharmacie où le médicament va être dispensé au patient ou à sa famille.

Le traitement est délivré par le pharmacien en officine sur présentation de l'ordonnance initiale du spécialiste, ou d'un renouvellement d'ordonnance accompagné de l'ordonnance initiale datant de moins d'un an.

4.5 Adaptation du traitement médicamenteux

4.5.1 Modalités d'adaptation des doses

Recommandation 57

Il est recommandé de débuter avec la dose la plus faible possible (0,3 mg/kg/j) et d'adapter progressivement (en moyenne chaque semaine) la posologie en fonction de la tolérance et de l'efficacité, jusqu'à atteindre une posologie optimale. (Grade B)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	1	0	2	1	8	45	24

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.08	94.92

Expert	Commentaires
Expert 1	Définir la "dose optimale" serait intéressant mais me parait difficile Rappeler que la dose efficace n'est pas étroitement liée à l'âge, au poids ou à la sévérité des symptômes" / différences de réponse au traitement/ variabilité des posologies nécessaires pour obtenir un effet thérapeutique.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Quelles références ont-elles été prises en compte pour obtenir un grade B? En contradiction apparente avec la recommandation 50. Qui recommande cela ("Il est recommandé")? Est-ce le RCP dont on a vu plus haut qu'il n'était pas à jour des pratiques habituelles des professionnels du TDAH? Comment adapter "progressivement chaque semaine" la posologie en utilisant des spécialités à libération prolongée ? Comment rédiger l'ordonnance pour que le pharmacien délivre le bon traitement ? Qui décide chaque semaine de l'augmentation de la posologie ? Sur quels critères? Combien de temps cette "posologie optimale" devra-t-elle maintenue ?
Expert 19	La tolérance et les bénéfices du traitement ne dépendent pas du poids du patient, mais de la tolérance individuelle et du taux de concentration plasmique. Instaurer une échelle = grammage quotidien = poids du patient n'a aucun sens dans le cadre du méthylphénidate en particulier avec les versions prolongées. La tolérance au traitement n'est pas la même entre le même grammage de Ritaline LI et de Concerta LP, et de tout ce qui existe entre ces deux traitements. De nombreux parents et patients se plaignent des blocages d'adaptation du traitement car les professionnels insuffisamment formés suivent à la lettre la grille poids / gramme quotidien.
Expert 21	Ce n'est pas du A????
Expert 24	Proposition de complément : "Il est recommandé de débuter avec la dose la plus faible possible (0,3 mg/kg/j) et d'adapter progressivement la posologie en fonction de la tolérance et de l'efficacité, jusqu'à atteindre une

	posologie optimale. Les durées des paliers pourront être adaptées selon l'âge, selon les comorbidités (notamment anxieuses)."
Expert 26	Avec cette recommandation, il est nécessaire d'avoir un contact au minimum une fois par semaine pour l'ajustement , ce qui ,au vu de nos agendas , me semble irréaliste Moi ,je commence à cette posologie , la double sur l'ordonnance initiale au bout de 8 jours et revoit l'enfant au bout de 4 à 6 semaines , ce qui laisse aussi le temps d'avoir un retour scolaire (Conners Enseignant) Bien sûr, en restant disponible en cas de souci
Expert 31	Vidal : Enfant (6 ans et plus) L'efficacité dans les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité a été prouvée à partir d'une posologie de 0,3 mg/kg/j. La posologie sera progressive et adaptée à chaque enfant : Le traitement sera instauré avec la forme RITALINE 10 mg, comprimé sécable : commencer le traitement par de faibles doses : 1/2 comprimé à 10 mg, 1 à 2 fois par jour (par exemple au petit déjeuner et au repas de midi). Il est préférable de ne pas administrer de méthylphénidate dans les 4 heures qui précèdent le coucher pour éviter les problèmes d'endormissement. Cependant, si les effets du médicament se dissipent trop tôt avant le coucher, il existe un risque de nervosité et d'insomnie. L'administration d'une faible dose dans la soirée peut permettre de résoudre ce problème. Les avantages et les inconvénients de l'administration de cette faible dose en soirée pour faciliter l'endormissement doivent être considérés. La posologie journalière sera augmentée graduellement de 5 à 10 mg par semaine jusqu'à atteindre une posologie optimale. La posologie quotidienne maximale est de 60 mg/j. Si après avoir ajusté la dose durant 1 mois, aucune amélioration n'est observée, le traitement doit être arrêté. Une fois la posologie optimale de méthylphénidate atteinte (par exemple : 20 mg/jour), un passage de la forme RITALINE comprimé sécable à la forme RITALINE L.P., gélule à libération prolongée est approprié (voir paragraphe « Mode d'administration »).
Expert 32	Commencer à 0,5 mg/kg me parait plus pertinent
Expert 35	Le nombre de 28 gélules est difficile pour l'organisation des familles, 30 serait préférable , ainsi que le nom de la pharmacie très contraignant en cas de rupture de stock. Est il possible s'il vous plaît de ne pas inscrire le nom de la pharmacie, car les patients n'ont que 3 jours pour aller dans cette pharmacie, et ils sont bien embêtés quand ils partent en vacances pendant cette période là, Ou quand la pharmacie est fermée en sortant de leur travail ou bien que cette pharmacie ne dispose pas du stocke et ensuite enlève des gélules...c'est beaucoup de stress inutiles pour les famille dans ce cas.
Expert 58	Je ne suis pas spécialiste
Expert 64	0.3 mg/kg/jr pour les médicaments à LM (quasym et medikinet)
Expert 66	L'adaptation de la dose doit viser une efficacité clinique et pas une posologie cible
Expert 85	Je me permets de signaler ici que la notion d'épreuve thérapeutique pourtant si parlante cliniquement n'est pas abordée, ce qui est dommage. cf. reco #16 et remarque

Recommandation 58

La posologie quotidienne maximale recommandée de méthylphénidate est 60 mg / j (selon les RCP). Des doses supérieures sont possibles dans des cas particuliers avec une surveillance renforcée.

Généralement, il convient d'éviter l'administration de méthylphénidate (de forme LP) après le midi ou le soir en raison du risque d'insomnie. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	2	1	2	0	2	8	42	26

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.26	94.74

Expert	Commentaires
Expert 1	(D'accord au vu de la reco 60 pour la forme LI)
Expert 7	Selon les situations et les enfants/adolescents, il peut être intéressant de prescrire une deuxième forme à LP le midi ou dans l'après-midi afin que les symptômes ne reviennent pas en fin de journée ou pour éviter un effet off. Certains enfants s'endorment mieux lorsque le traitement est toujours actif.
Expert 11	Eviter en fin de journée, certains patients tolèrent très bien une prise en début d'après-midi, bien efficace sur les difficultés de 2ème partie de journée
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le terme "surveillance renforcée" me semble être abusif dans la mesure où la posologie est généralement adaptée au poids corporel. Donc, prescrire 70 mg/jour pour un patient de 75 kg ne me paraît pas devoir justifier d'une "surveillance renforcée". Le groupe de travail ne précise pas, le cas échéant, quelle serait cette "surveillance renforcée". Le méthylphénidate à libération prolongée peut parfaitement être prescrit en début d'après-midi (mais pas le soir, effectivement) pour limiter les effets indésirables en sacrifiant la pause méridienne, et prolonger la durée d'efficacité.
Expert 26	Cette dose maximale recommandée est celle du VIDAL, mais ne tient absolument pas compte du poids de l'enfant (20 ou 80 kg ,ce n'est pas la même chose) Pas de forme LP le soir, oui. Par contre, on peut proposer une forme LP à midi ,lorsque l'effet s'estompe déja l'après-midi ; elle couvrira en plus le temps des devoirs le soir (en surveillant la tolérance)
Expert 32	ON peut donner une forme LP à midi, pas le soir
Expert 57	Pas de démonstration d'efficacité au delà de la posologie maximale de l'AMM; ni de la bonne tolérance
Expert 58	Je ne suis pas spécialiste
Expert 60	Il faut que la CNAM valide des posologies journalières supérieures à 60mg en particulier pour des adolescents de forte corpulence.
Expert 85	Je pense utile de préciser l'intervalle habituel de la dose cible en mg/kg 0,6-1mg/kg sans dépasser 60mg ou 1,2mg/kg Pas que d'insomnie, la sécurité au long cours est grande et avéré dans une modalité de prescription précise, en l'occurrence où la forme LP est prescrite le matin (pas à midi). Je pense que si on veut rallonger l'effet, il faut s'en tenir à un rajout de LI en milieux d'APM, le moins souvent possible.

Les modalités de prescription sont définies par le médecin spécialisé dans le TDAH et sont variables (prescription continue ou prescription discontinue).). 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.

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Recommandation 59

Dans une dynamique d'évaluation, une fenêtre thérapeutique adaptée peut être envisagée en concertation avec la famille et l'enfant en fonction du retentissement et des effets secondaires, et des stratégies de compensations développées par l enfant ou l'adolescent.

La prise en continue ou discontinue du traitement est une décision basée sur les éléments cliniques, le retentissement, la tolérance et la concertation avec la famille et l'enfant.

Il n y a pas de recommandations d'arrêt systématique du traitement durant le week end. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	3	9	54	17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Caddra guidelines "pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de TDAH, quel que soit leur âge, il est important d'optimiser le traitement des symptômes de base, de minimiser les effets secondaires, mais aussi de viser une durée de traitement qui dépasse les heures en classe ou au travail, incluant aussi les fins de semaines et les jours de congé. De plus, une personne peut avoir besoin d'un traitement individualisé ajustable selon les types de tâches et la durée de celles-ci."
Expert 9	A noter que certains professionnels malheureusement ont une posture assez culpabilisante vis-à-vis des parents et leurs recommandent de ne pas donner le traitement le week-end ou pendant les vacances. Ce qui induit souvent une souffrance dans la famille qui n'a pas de répit.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées.
Expert 21	Au contraire faire du continu sauf si indications particulières
Expert 35	L'arrêt ou pause pendant le week end ne doit pas être demandé systématiquement par le médecin car le quotidien des familles sinon est impossible, avec un risque de continuité d'épuisement familial avec la pause du traitement.
Expert 63	Une parenthèse et un point répétés à supprimer après "discontinue" dans la phrase commençant par "les modalités de prescription sont définies..."
Expert 64	Préciser durant les week-ends ou les vacances scolaires.
Expert 85	« ni pendant les vacances. » On doit rappeler que le traitement n'est pas un traitement pour l'école mais pour l'enfant.

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

	On n'enlève pas de force les lunettes d'un myope le WE ou pendant les vacances... Ce point est très important car trop d'enfant sont encore privé du bénéfice de leur traitement sans aucune raison valable. Il n'est pas impossible que ce yoyo soit chez certains plus néfaste qu'autre chose.

4.5.1.1 Effet rebond

La durée d'efficacité du méthylphénidate est limitée, de quelques heures pour les formes LI à 8/12h pour les formes LP.
En fin de journée lorsque les effets du médicament viennent à se dissiper, les symptômes de TDAH peuvent réapparaître.

Recommandation 60

Dans ce cas, à la suite ou en association avec des mesures comportementale, il est possible d'envisager l'administration d'une faible dose (5 mg) de méthylphénidate forme LI. Les avantages et les inconvénients de l'administration de cette faible dose en fin de journée sont à considérer au cas par cas.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	2	4	3	8	43	22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.64	98.36

Expert	Commentaires
Expert 1	5mg ou plus
Expert 7	Deux formes à libération prolongée une le matin et une le midi sont généralement plus stables et mieux tolérées. De la même façon le matin un forme LI à faible dose 5mg peut permettre de changer la vie de l'enfant et de sa famille le temps que la forme LP soit efficace.
Expert 11	Mesures comportementaleS au pluriel L'emploi de forme LI devrait être réservé aux situations d'effets indésirables importants avec l'ensemble des spécialités, ou d'effet trop court. En cas d'effet thérapeutique trop court, il est possible de prévoir 2 prises par jour de forme LP (matin et midi par ex) avec une surveillance de la qualité de l'endormissement Le fait que les signes cliniques du TDAH réapparaissent en fin de journée ne constitue pas un effet rebond (si leur intensité n'est pas augmenté), ce qui est classiquement décrit chez les patients. On en revanche modifier le titre du paragraphe et signaler que le moment de fin d'effet peut être désagréable à vivre chez les patients.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Il s'agit certes d'une pratique courante mais cela doit être étayé par données probantes dans le cadre de cette RBP.

Expert 19	Il faut ajouter de former convenablement les professionnels et les familles sur "l'effet rebond" de fin de prise. La mise en place de rituel de temps calme, d'explication du mode de fonctionnement (pic plasmique) du traitement comme adaptation du planning de la journée sont autant de proposition pour permettre une meilleure perception du trouble. Après une journée sous traitement, l'arrivée de l'effet rebond ne doit pas s'accompagner de devoir, de stress, ou de source mettant la capacité de mobilisation mentale et émotionnelle en difficulté.
Expert 21	Pourquoi 5 mg et pas 10 ou plus en fonction des besoins?
Expert 26	On ne peut pas dire obligatoirement 5 mg ;cela dépend de l'âge et du poids : dites plutôt : 5 ou 10 mg si besoin Je redis l'intérêt éventuel de rajouter une LP à midi , ou de passer au Concerta qui agit 12 h
Expert 35	Je ne suis pas médecin
Expert 57	Démonstration peu robuste de l'efficacité de faible dose
Expert 58	Je ne suis pas spécialiste
Expert 63	Rajouter un "s" à comportementale s'agissant des mesures
Expert 64	Vers 17/18h. prudence sur la question du sommeil
Expert 85	Et sauf exception, pas en rajoutant une LP à midi (peut-être à rappeler plus explicitement)¿

4.5.1.2 Diminution de posologie ou arrêt du traitement

Recommandation 61

En l'absence d'amélioration des symptômes après une adaptation posologique adéquate sur une période d un mois, le traitement sera arrêté ou un autre traitement (y compris une autre forme de méthylphénidate) peut être proposé.

En cas d'aggravation paradoxale des symptômes ou de survenue d'autres effets indésirables graves, la posologie sera réduite, un autre traitement (y compris une autre forme de méthylphénidate) sera proposé ou le traitement sera arrêté.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	4	2	2	8	45	20

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.17	96.83

Expert	Commentaires
Expert 1	Je me pose la question de l'intérêt de définir l'adaptation posologique "adéquate" même si elle dépend

	énormément du patient dans le but d'éviter des arrêts pour non efficacité par sous dosage ou effets indésirables par sur dosages (notamment l'effet "zombie") Effets indésirables "graves"?? je ne suis pas sure que le mot "grave" soit adapté ici plutôt "ennuyeux", "déplaisants" même si la surveillance est très importante, le message ici est inutilement alertant cf NICE cité dans argumentaire "Les effets secondaires sévères comme : les complications cardiovasculaires, la psychose, les comportements suicidaires, les décès par mort subite ne sont pas augmentés de façon significative chez les patients ayant un traitement pharmacologique pour le TDAH, mais l'augmentation possible de la fréquence cardiaque et de la pression sanguine artérielle nécessitent des règles de prescription spécifiques." cf " Une méta-analyse sur des personnes de tous âges a montré que le méthylphénidate n'était pas associé à un risque plus élevé de décès toutes causes confondues (3 études, plus de 1,4 million de personnes), de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral (3 études, plus d'un demi-million de personnes) (Liu et al., 2019a)".
Expert 11	L'emploi de "ou" rend les phrases peu claires Proposition d'écrire "et"
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Formulation maladroite. Comment une "adaptation posologie adéquate" (c'est-à-dire qui a pris en compte l'amélioration des symptômes et des effets indésirables lors de la titration au sens des recommandations précédentes) peut-elle conduire à une "absence d'amélioration des symptômes"? Il aurait été préférable d'écrire "amélioration suffisante". Mais cela expose à devoir définir le critère de jugement. Dans les études cliniques on prend le critère de diminution de 30% du score total à l'ADHD-RS mais cela peut être adapté à la pratique quotidienne... Une durée d'un mois peut être courte pour certains effets indésirables comme la perte de poids (pesée trimestrielle généralement recommandée). Enfin, le groupe de travail devrait recommander la déclaration systématique des effets indésirables aux Centres de Pharmacovigilance comme la loi y oblique les médecins. Ceci permettrait d'acquérir une meilleure connaissance des effets indésirables du méthylphénidate selon les groupes d'âge, en fonction du sexe et du poids, etc.
Expert 20	"En l'absence d'amélioration des symptômes après une adaptation posologique adéquate sur une période d'un mois, le traitement sera arrêté ou un autre traitement (y compris une autre forme de méthylphénidate) peut être proposé" : OK En cas d'aggravation paradoxale des symptômes ou de survenue d'autres effets indésirables graves, la posologie sera réduite, un autre traitement (y compris une autre forme de méthylphénidate) sera proposé ou le traitement sera arrêté : A PRECISER ! - Repréciser que dans ce cas, la situation clinique nécessite une réévaluation rapide. - Si effet indésirable grave : arrêt traitement. - Si aggravation paradoxale des symptômes : la posologie sera réduite, un autre traitement (y compris une autre forme de méthylphénidate) sera proposé. - Rappeler que dans tous les cas, le traitement peut être arrêté sans période de sevrage.
Expert 26	C'est trop court un mois, surtout si vous avez modifié la dose toutes les semaines, me semble-t-il; on peut éventuellement encore augmenter , tout dépend comment ont été les paliers . A mon avis, il faut supprimer : sur une période de un mois ; le début de la phrase me paraît suffisamment clair Oui pour la deuxième partie ;
Expert 35	La survenue d'effets indésirables comme l'anxiété, crise nerveuse, augmentation soudaine d'une dysrégulation émotionnelle ou hyperactivité, peut être liée à l'effet rebond de la diminution du traitement en fin de journée, et donc peut être compensé par des aides calmantes discutées avec la psychoeducation et une hygiène de vie stricte (heures très ritualisés du sommeil, finir l'école plus tôt.., diminuer la surcharge cogntive..) avec les parents comme la sophrologie, Séparation des enfants dans un endroit calme, neutre, renforcement positif avec jetons et récompenses pour la régulation émotionnelle ou comportementale ... Parfois, les parents peuvent avoir des clés pour calmer ces effets indésirables ponctuels. Il n'est donc pas si évident de faire une pause du traitement pourtant si important pour certains enfants ou adolescent TDAH . De plus, le corps prend quelques mois pour s'adapter et ces effets secondaires coupe faim s'atténuent.
Expert 45	La résistance à un traitement est également une occasion de reconsidérer le diagnostic et revoir les diagnostics différentiels par exemple TAG?
Expert 58	je ne suis pas spécialiste
Expert 65	Quel est le rationnel scientifique pour spécifier un mois; parfois il faut 6 semaines ou plus pour bien ajuster un traitement
Expert 66	En cas d'aggravation des symptômes ou d'effets indésirables, un avis expert de niveau 3 est recommandé

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

	- l'automédication par l'enfant n'est pas recommandée du fait du risque de double prise ou d'accès du traitement pour d'autres enfants de l'entourage
Expert 80	Il faut se laisser un petit peu plus d'un mois régulièrement pour pouvoir vraiment juger. La seule indication de changer de traitement aussi rapidement est pour moi une intolérance avec des effets secondaires vraiment trop désagréables.

Recommandation 62

4.5.2 Adaptation du traitement en cas de comorbidités

Il est recommandé de traiter les comorbidités avérées indépendamment du TDAH. (Accord d'experts)

Lors de l'initiation du traitement médicamenteux, en cas de comorbidité associée (troubles anxieux, de tics ou de TSA associés), il est recommandé de procéder à une augmentation des doses plus progressive et à une surveillance des symptômes et des effets indésirables plus fréquente. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	4	4	10	46	19

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	"S'il existe un trouble comorbide comme l'anxiété, les tics, ou un trouble du spectre de l'autisme, il convient de traiter le TDAH de la même façon, c'est-à-dire de faire les mêmes choix médicamenteux que pour un TDAH isolé. C'est la titration qui sera plus longue, et la surveillance plus étroite". (NICE 2018 cité dans argumentaire) Je pense qu'omettre "il convient de traiter le TDAH de la même façon " est un oubli dommageable
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. On ne peut pas se satisfaire d'un accord d'expert sur ce point (comme dans la majeure partie des autres) dans le cadre d'une RBP. Le groupe de travail pourrait recommander l'utilisation d'outils de recueil systématique d'effets indésirables comme celui proposé par le CADDRA, entre autres.
Expert 17	Vigilance Traitement des comorbidités indépendamment du TDAH Ajouter en coordination avec le médecin référent spécialisé en TDAH il convient d'être attentif aux interactions médicamenteuses en cas de traitements en silo (le parcours de soin doit être coordonné).
Expert 26	J'avoue que je n'ai jamais fait ainsi; Ce sont les recommandations de la NICE, sans argument bibliographique de cité

Expert 35	Il est alors primordial de travailler avec les psychologues TCC thérapeute cognitives et comportementales, qui peuvent aider les parents, enfants et adolescents à diminuer leur anxiété, tics,) et orthophonistes et autres psychomotriciens, ergo...pour les troubles de types TSA, notamment les troubles des habiletés sociales si fréquents chez le TDAH. Belanger, S. A., Andrews, D., Gray, C., & Korczak, D. (2018). ADHD in children and youth : Part 1-Etiology, diagnosis, and comorbidity. Paediatr Child Health, 23(7), 447-453. doi:10.1093/pch/pxy109 https://www.psyhelp.ca/le-tdah-et-lanxiete/ article montrant que le TDAH non traité rend extrêmement anxieux.
Expert 58	je ne suis pas spécialiste
Expert 65	Il pourrait être spécifié qu'il faut traiter en premier le troubles le plus sévère (cf guidelines allemandes)
Expert 66	Lorsque le traitement est initié par un médecin non psychiatre, l'existence de symptômes psychiatriques peut nécessiter un avis spécialisé, au moins par télé expertise
Expert 80	En pratique : traitement médicamenteux en premier du TDAH (dans 90 % des cas), psychothérapie au trouble anxieux et traitement médicamenteux du trouble anxieux si échec. Exception : s'il existe une dégradation thymique trop sévère en lien avec le trouble anxieux, ou si celui-ci est vraiment trop sévère, dans ce cas traitement pharmacologique du trouble.
Expert 85	Ici encore la recommandation est trop oublieuse des très nombreuses situations de coïncidence TDAH - autre TND. Il faut en effet considérer dans un premier temps les troubles indépendamment. Puis il faut intégrer les interventions évidemment, c'est le même enfant. A ce titre il faut savoir mesurer le caractère aggravant du TDAH sur les autres TND en particulier sur les possibilités de compensation d'un trouble instrumental (TDC, TDL), sur les difficultés adaptatives d'un TDI léger Quid de la position des interventions de rééducation par rapport à la prise du traitement (orthophonie), qui est aussi une question très importante ? Quid de la fatigabilité cognitive ? Cette reco est pensée de façon bien trop peu intégrée quand on sait que le TDAH est probablement le trouble qui est le plus souvent associé aux autres. Il faut faire du lien explicitement. Cela mérite au moins un item de reco en soi.

4.6 Surveillance de la tolérance du traitement médicamenteux

Recommandation 63

Après la titration et la stabilisation de la dose, il est recommandé d'établir un protocole de surveillance en appliquant les règles suivantes, en collaboration avec le médecin généraliste ou le pédiatre :

- Surveiller l'efficacité des médicaments pour le TDAH et les effets indésirables, et documenter dans le dossier médical de la personne.
- Encourager les personnes prenant des médicaments pour le TDAH et leurs parents à surveiller et à communiquer leurs effets indésirables. (Accord d'Experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	0	1	5	64	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.41	98.59

Expert	Commentaires
Expert 5	Un carnet de suivi du traitement peut être utile+++
Expert 11	L'utilisation du terme protocole invite à un schéma de surveillance rigide et non personnalisé, ce qui est essentiel du fait des fréquentes comorbidités et complications du trouble
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Il est important d'horodater la survenue des effets indésirables par rapport à l'heure de la prise du traitement. La tenue d'un agenda simple est possible qui permettra au médecin de prendre une décision éclairée. La même attitude est possible quant à l'efficacité : mieux le matin que l'après-midi, heure de ré-apparition des symptômes signant la fin de la période d'efficacité, etc. Le groupe de travail pourrait recommander l'utilisation d'outils de recueil systématique d'effets indésirables comme celui proposé par le CADDRA, entre autres.
Expert 19	Surveillance du sommeil : une grande fatigue physique / mentale peut donner la sensation d'une baisse d'efficacité du traitement, revoir l'état de l'hygiène de sommeil avant de modifier trop profondément le dosage.
Expert 29	Il est essentiel d'informer les familles, et surtout de les rassurer. Les représentations des parents concernant la médication sont souvent un frein à une prise en charge la plus ajustée possible Les familles qui sont confrontées à des spécialistes trop rapides et peu contenants dans leur accompagnement refusent la médication ("il nous a reçu 10mn et il nous a fiât une ordonnance sans rien nous expliquer")
Expert 35	Surveiller les troubles alimentaires car des effets secondaires du traitement de méthylphénidate sont des enfants et adolescents qui ne mangent presque rien à midi sauf si grande stimulation et aussi ne boivent rien, À 17H, ils se mettent alors à boire énormément d'un coup, comme pour manger, ce qui peut enclencher des crises importantes...(ne pouvant attendre) . De nombreux enfants avec TDAH ont des Troubles d'oralité alimentaires associés (avec prématurité ou autres),alors ils mangent déjà peu, avec un faible IMC, il est donc importante de faire soigner ce trouble par les orthophonistes spécialistes de la dysoralité alimentaire TOA (trouble d'oralité Alimentaire) et de ne pas écarter la médication de méthylphénidate pour autant.
Expert 58	je ne suis pas spécialiste
Expert 63	Problème de forme après le mot "titration" s'agissant du rappel 35 écrit en gros caractères
Expert 89	facilitation par l'usage de la téléconsultation, et/ou messagerie sécurisée permetant des échanges rapides
Expert 90	Préciser à qui communiquer les effets indésirables ?

4.6.1 Surveillance poids/taille

Recommandation 64

Lors de l'instauration du traitement médicamenteux puis régulièrement durant la phase de suivi, il est recommandé de :

- Mesurer la taille et surveiller l'appétit tous les 6 mois
- Peser tous les 3 mois chez les enfants de 10 ans et moins et tous les 3 à 6 mois chez les enfants de plus de 10 ans et les jeunes et tous les 6 mois par la suite, ou plus souvent en cas de signe d'alerte
- La surveillance staturopondérale comprenant l IMC de l'enfant sur une courbe de croissance et surveiller régulièrement l'évolution de la courbe (Accord d'experts)

Médiane : 9

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	2	4	6	52	18

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.54	98.46

Expert	Commentaires
Expert 9	D'accord même si d'avis de nombreux professionnels de santé, cela doit être fait tous les mois.
Expert 11	Problème de syntaxe dans la dernière phrase
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Certains établissements scolaires demandent la mise en place d'un PAI pour autoriser l'enfant à prendre une collation lors des récréations. On peut aussi signaler que certains établissements rédigent des IP lorsque l'enfant mange peu le midi à la cantine avant de prévenir les parents et sans prendre en compte le traitement... Le groupe de travail pourrait signaler ce genre de pratiques abusives.
Expert 21	L'appétit peut être plus régulièrement
Expert 26	La phrase concernant la pesée n'est pas claire Il vaut mieux peser, mesurer ,et évaluer l'IMC, à chaque renouvellement ; pourquoi scinder à 10 ans ? , les "jeunes " ?,la suite c'est à partir de quand ? L'appétit doit être évalué à chaque renouvellement
Expert 35	IL n'est pas obligatoire de peser l'enfant chaque mois chez le médecin si le parent le fait déjà, c'est une grosse contrainte et psychologiquement, pas anodin pour l'enfant qui commence à contrôler et vérifier sans arrêt son poids.
Expert 38	Je pensais que l'on pesait / mesurait à chaque renouvellement d'ordonnance (même comme ça on a que 4 à 6 mesures par an, donc j'ai peur que si les reco soient plus espacées on est 1 mesure par an)
Expert 41	Le renouvellement du traitement est mensuel et s'accompagne d'un examen clinique de l'enfant incluant le poids (donc surveillance mensuelle)
Expert 44	Surveiller régulièrement l'évolution de la courbe de croissance staturopondérale comprenant l IMC de l'enfant
Expert 58	je ne suis pas spécialiste
Expert 73	Je dirais peser une fois par mois les trois premiers mois, au moment de l'adaptation de la dose et de la surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement
Expert 85	Ce n'est généralement pas le médicament qui empêche de prendre le petit déjeuner. Penser à la collation « sur le chemin de l'école » qui passe souvent quand l'enfant ne mange pas au petit déjeuner… Préciser que le gouter est un vrai repas chez ces enfants. C'est probablement une des rare indication du semaine/WE et interruption vacances, de même que parfois LI le matin seulement. Rappeler que c'est rare d'en arriver là. Rappeler qu'il faut faire une bonne enquête d'imputabilité (courbes+++) car souvent petit mangeur préexistant, voir RCSP constitutionnel…

Expert 87	Tournure de phrase incompréhensible… faire des tirés : – <10 ans : tous les 3 mois ; – 10 ans : tous les 3 à 6 mois, etc.…

En cas de perte de poids, différentes stratégies compensatoires peuvent être mises en place :
- Adapter les repas : prendre le petit-déjeuner avant la prise de médicament, augmenter la valeur énergétique des repas, rajouter des collations en début et fin de journée (en dehors des effets médicamenteux)
- Adapter le traitement : faire une fenêtre thérapeutique ou passer à une autre spécialité galénique de méthylphénidate.

En cas de ralentissement de la courbe de croissance et nécessité clinique de poursuivre le traitement, une interruption planifiée du médicament (par exemple en période de vacances scolaires) est à envisager.

4.6.2 Surveillance cardiovasculaire

Recommandation 65

Il est recommandé de :
- Surveiller la fréquence cardiaque et la pression artérielle et les comparer avec l'âge normal avant et après chaque changement de dose et au moins tous les 6 mois.
- Ne pas proposer systématiquement de bilan biologique de routine (y compris des tests de la fonction hépatique) ou d ECG aux personnes prenant des médicaments pour le TDAH, sauf en cas d'indication clinique. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	0	4	8	46	24

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.69	98.31

Expert	Commentaires
Expert 1	Avec la norme ajustée à l'âge
Expert 5	La phrase "ne pas proposer" est peu claire (forme négative après "il est recommander de") Il peut être noté : maintenir une surveillance clinique uniquement : le suivi biologique y compris hépatique, ou ECG n'est pas utile, sauf en cas d'indication clinique.
Expert 11	Surveillance hépatique à prévoir sous atomoxétine, il serait donc préférable de spécifier "prenant du MPH" dans la dernière phrase

Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Il existe de courbes de TAS/TAD en fonction de l'âge et du sexe. Si ce n'est pas le cas, le groupe de travail pourrait recommander qu'elles soient mises à jour et adaptées à la population française, comme pour la taille, le poids (et l'IMC).
Expert 32	La surveillance cardiaque me parait trop contraignante et pas utile chez un enfant en bonne santé
Expert 35	En cas d'antécédents familiaux cardiaques, ce bilan semble préférable. En cas de perte de poids, avec le traitement, bien vérifier qu'il n'ait pas de trouble du comportement avec agitation à table (l'enfant se lève sans cesse et ne finit jamais son assiette) d'où le renforcement positif) Et aussi vérifier qu'il n'y ait pas de TOA dysoralité alimentaire (dysoralité sensorielle) associé au TDAH et non repéré par le parent qui exprime cela par "un caprice de l'enfant de ne pas tout manger , de refuser des textures ou plats, ou même de faire exprès de recracher. Ces données sont cliniques, car je n'ai trouvé peu d'articles, et aucun de recherches ...
Expert 41	Même remarque que ci dessus : examen clinique systématique à chaque renouvellement (donc mensuel) , incluant TA et FC.
Expert 58	je ne suis pas spécialiste

Recommandation 66

En cas de symptômes cardiaques persistant (tachycardie, arythmie, élévation de la PA) il est recommandé d'interrompre le traitement et de prendre l'avis d un cardiologue. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	7	55	20

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 7	Le risque d'interruption du traitement est à confronter au risque de le garder.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées, même s'il s'agit d'une recommandation dictée par le bon sens.
Expert 35	Il semble essentiel de prendre l'avis du médecin généraliste car le rdv post 6 mois, de cardiologue est long et une pause de 6 mois, l'enfant ou l'adolescent ne peut pas suspendre son traitement.
Expert 44	Persistants ou inexpliqués
Expert 58	je ne suis pas spécialiste
Expert 63	Il manque un "s" à persistant s'agissant des symptômes

Expert 65	Les effets cités n'ont pas le même degré de sévérité (arythmie vs. tachycardie légère par ex.) et n'impliquent pas la même conduite à tenir - en cas de tachycardie légère, il peut être suffisant de diminuer le traitement.
Expert 69	Évidemment

4.6.3 Surveillance des 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.

Recommandation 67

Il est recommandé de porter une attention particulière à cet effet indésirable fréquent dans la mesure où la réduction du temps de sommeil ou la tension générée par la résistance au coucher peut représenter un frein au bon déroulement de la prise en charge. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	2	5	68	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.32	98.68

Expert	Commentaires
Expert 1	Distinguer un trouble du sommeil préexistant au traitement(comorbidité) d'un trouble du sommeil effet indésirable du traitement afin d'adapter la prise en charge À noter que les études sur la mélatonine chez l'enfant ne sont pas suffisantes actuellement pour en recommander
Expert 11	Suggestion : Survenir du fait du traitement médicamenteux ou être aggravés par ce dernier
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées.
Expert 19	Une grande fatigue physique / mentale peut donner la sensation d'une baisse d'efficacité du traitement, revoir l'état de l'hygiène de sommeil avant de modifier trop profondément le dosage.
Expert 26	Intérêt de la mélatonine que l'on peut associer ,au coucher , en cas d'insomnie ; il faudrait le préciser
Expert 35	Les troubles du sommeil sont très fréquents à 30 % . Ils entrainent une énorme fatigabilité dans les apprentissages, irritabilité; et augmentent le TOP ou la dysrégulation émotionnelle, les troubles les plus invalidants dans le quotidien des parents avec TDAH et TOP , surtout à l'adolescent où le contrôle du sommeil est moins possible. Les troubles du sommeil doivent être pris en charge en premier vu les conséquences néfastes sur la

	cognition, le comportement et les émotions et la vie familiale. '(épuisement, sursollicitation de l'enfant , séparation..) Yoon, S. Y., Jain, U., & Shapiro, C. (2012). Sleep in attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adults : past, present, and future. Sleep Medicine Reviews, 16(4), 371-388. doi:10.1016/j.smrv.2011.07.001
Expert 58	je ne suis pas spécialiste
Expert 65	La résistance au coucher n'est pas particulièrement un effet du traitement ; elle est fréquente chez les enfants avec TDAH même sans traitement. Il serait préférable de parler difficultés d'endormissement apparues ou exacerbées par le traitement.
Expert 69	Évidemment

Si besoin, il est nécessaire d'adapter le traitement (réduction des posologies, modification de molécule heure de prise) en conséquence.

4.6.4 Surveillance de l'apparition de tics

Recommandation 68

L'association entre un traitement par méthylphénidate et les tics reste aujourd'hui controversée. Il est cependant recommandé de surveiller l'apparition de tics qui peuvent conduire à l'arrêt du traitement. (Accord d'experts)

La surveillance devra être effectuée à chaque adaptation posologique, puis au moins tous les 6 mois ou à chaque visite. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	2	2	4	8	49	16

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.99	97.01

Expert	Commentaires
Expert 1	Il me semble utile de compléter Vérifier que les tics sont liés au stimulant, tenter de réduire puis arrêter si la balance bénéfice inconfort est en défaveur du traitement voire passer à l'atomoxétine "Certains enfants ayant un TDAH et des tics qui prennent des stimulants sont moins stressés et ont moins de tics"
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le groupe de travail pourrait distinguer l'apparition de tics mineurs peu gênants d'un syndrome de Gilles de la Tourette (tics chroniques moteurs et/ou vocaux persistant depuis un an).

	Par ailleurs, le TDAH est classiquement diagnostiqué vers l'âge de 8 ans chez les garçons alors que le SGT apparaît classiquement à partir de 10 ans. Il est parfois difficile de décider qu'il s'agit de tics iatrogènes ou d'un SGT en constitution...
Expert 25	Qu'en est il de la prescription de mélatonine que certains médecins fournissent aux patients ?
Expert 26	A noter que le MPH peut améliorer les tics ,par réduction du stress cf argumentaire: Canadian ADHD Resource Alliance 2020
Expert 32	L'apparition de tics ne doit pas amener à l'arrêt systématique du traitement, il faut réévaluer la prescription selon la clinique.
Expert 34	Les metanalyses ne soutiennent pas l'association entre le methylphenidate et l'apparition de tics https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2823%2900042-1 https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890-8567(15)00394-9 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943246/
Expert 35	Il est important de travailler en parallèle les TICS, avec une psychologue TCC pour limiter l'anxiété et de travailler à la maison le renforcement positif, une baisse des surcharges cognitives, des activités, une accentuation d'une présence affective... Remarque importante : les TICS étant parfois présents avant la mise en place du traitement de méthylphénidates mais peu observés, et les tics seront alors plus visibles. D'autre part, un enfant avec des Tics, n'a pas forcément un syndrome de Gil de la Tourette, mais simplement des TICS avec un troubles anxieux consécutif à un TDAH sévère qui a besoin d'une médication urgente . (de méthylphénidate)
Expert 58	je ne suis pas spécialiste
Expert 65	Cf EAGG : l'apparition de tics sous traitement est souvent temporaire, il faut déjà se donner du temps et attendre comment les tics évoluent. Cortese, S., Holtmann, M., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., ... & European ADHD Guidelines Group. (2013). Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54(3), 227-246.
Expert 80	Pour moi, il n'y a aucun doute... Certains patients ont une prédisposition à développer des tics, et cela se déclenche avec le traitement, s'arrête lors des arrêts de traitements (vacances) et reprend à la reprise des traitements.
Expert 85	Je rappellerais que si on a une petite exacerbation de tics elle est le plus souvent transitoire.

4.6.5 Surveillance des symptômes psychiatriques

Des cas d'apparition de symptômes psychiatriques ou d exacerbation de troubles psychiatriques préexistants ont été rapportés avec le méthylphénidate : aggravation de l'anxiété, dépression, survenue de symptômes psychotiques ou maniaques, tendance suicidaire, agressivité, comportement hostile, agitation psychique, etc.

Recommandation 69

Le méthylphénidate est à utiliser avec précaution si l'intérêt clinique est avéré (bénéfices attendus supérieurs aux risques), 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.)

L'apparition de nouveaux troubles psychiatriques ou l'aggravation de troubles psychiatriques préexistants sous traitement sont à rechercher lors de chaque adaptation posologique, puis au moins tous les 6 mois et à chaque visite. L'arrêt du traitement, la diminution de dose, ou un changement de traitement peuvent alors être envisagé.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	1	1	7	54	18

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.54	98.46

Expert	Commentaires
Expert 1	Cette formulation me semble plus attirer l'attention sur les précautions que sur l'intérêt clinique y compris dans ces conditions or les 2 notions sont aussi importantes à mon sens
Expert 11	Retirer la virgule après "risques"
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Il est indispensable d'étayer cette recommandation avec des données probantes. Quelle est la fréquence des troubles psychotiques "causés" par le méthylphénidate? Les symptômes dépressifs sont souvent attribués devant une attention focalisée et au fait que les enfants sont moins expressifs. Le groupe de travail pourrait rappeler (sur la base de données probantes) que le risque de prendre des drogues est à terme diminué chez un patient avec TDAH traité par rapport à un patient avec TDAH non traité.
Expert 26	A noter que le MPH réduit le risque suicidaire cf argumentaire LIANG 2018
Expert 34	Il n'y a pas de preuve sous tendant l'idée que le methylphenidate puisse aggraver les symptômes psychotiques. De plus, les patients soignés avec méthylphenidate ont des scores de dépression plus faibles. https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2823%2900042-1 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4995143/ https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763419302350?via%3Dihub Il semble plutôt opportun de recommander l'utilisation de methylphenidate chez des personnes avec une comorbidité dépressive. La methylphenidate montre d'ailleurs une diminution du risque de dépression sur le long terme. https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-022-00515-5 Le methylphenidate ne montre pas de sur-risque de manie chez les patients bipolaires https://journals.lww.com/psychopharmacology/abstract/2023/01000/risk_of_mania_after_methylphenidate_in_patients.6.aspx
Expert 35	Il est essentiel de ne pas éviter cette médication chez des enfants ou adolescents avec anxiété ou dépression, car ne pas agir médicalement sur le TDAH (grâce au méthylphénidate) entraîne des dépressions et des anxiétés chroniques fortes quand les symptômes du TDAH sont trop importants et installés sur le long terme avec un impact fort négatif sur la famille, l'école et tout le domaine sociale. https://www.psyhelp.ca/le-tdah-et-lanxiete/
Expert 58	je ne suis pas spécialiste
Expert 63	Il manque un "s" à envisagé dans la dernière phrase
Expert 66	En cas de symptômes psychiatriques, un avis expert doit être demandé

4.6.6 Addiction

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

4.7 Risque de mésusage, abus et usage détourné

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Il convient de surveiller les patients, en particulier au moment de l'adolescence, quant au risque d'usage détourné, de mésusage voire d'usage addictif de méthylphénidate.
D'une façon générale, à l'adolescence et surtout à l'âge adulte, le TDAH est statistiquement plus associé aux conduites addictives que dans la population générale. Il existe une abondante littérature scientifique montrant que le traitement médicamenteux a tendance à diminuer ce risque même s'il ne l annule pas.
Selon les données de la littérature, les médicaments psychostimulants ne semblent pas augmenter le risque de conduites addictives, certaines études démontrant même une association entre le traitement stimulant et un risque réduit de trouble de l'usage de substance.

Recommandation 70

Chez les patients TDAH en particulier à partir de l'entrée au collège, il est recommandé de rechercher à l'interrogatoire, une conduite addictive, y compris sans substance. (Accord d'experts)
En cas d'addiction sévère associée à un TDAH il est recommandé de prendre en charge le trouble addictif afin de stabiliser ou réduire d abord la consommation de substances, pour faciliter le diagnostic et le traitement du TDAH. (Accord d'experts)
Cependant, l'initiation de la prise en charge du TDAH ne doit pas être retardée. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	4	9	59	10

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Il est certain que l'anamnèse doit rechercher une conduite addictive mais je n'ai pas la compétence pour répondre en totalité à cette recommandation Le traitement par méthylphénidate peut-il faire partie de la stratégie de prise en charge de l'addiction?
Expert 11	"stabiliser ou réduire d'abord la consommation de substances" ne peut s'appliquer qu'aux TLU de substances. Proposition : "afin de le stabiliser ou l'apaiser" Redondance entre les phrases suivantes : - D'une façon générale, à l'adolescence et surtout à l'âge adulte, le TDAH est statistiquement plus associé aux conduites addictives que dans la population générale. Il existe une abondante littérature scientifique montrant que le traitement médicamenteux a tendance à diminuer ce risque même s il ne l annule pas.

	- Selon les données de la littérature, les médicaments psychostimulants ne semblent pas augmenter le risque de conduites addictives, certaines études démontrant même une association entre le traitement stimulant et un risque réduit de trouble de l'usage de substance.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le groupe de travail recommande de recherche une "conduite addictive y compris sans substance" dès l'âge de 10-11 ans... Sur quelles données probantes s'appuie-t-il? Le groupe de travail peut chiffrer approximativement sur la base de données probantes le détournement de méthylphénidate? Il est délicat dans des RBP de laisser cette question sans réponse car elle sera déformée et amplifiée à souhait: "on vous l'avait bien dit, même la HAS l'écrit"...
Expert 21	Demander avis d'un addictologue
Expert 25	"une conduite addictive, y compris sans substance" : est-il possible de clarifier cette phrase ?
Expert 35	Oui, il ne faut retarder l'initiation de la prise en charge du TDAH
Expert 36	La dernière phrase rend la précédente incertaine. Il vaut mieux la supprimer car la R70 porte sur le risque addictif
Expert 47	Au début de paragraphe 4.7 : "Il convient de surveiller les patients, en particulier au moment de l'adolescence, quant au risque d'usage détourné, de mésusage VOIRE D'USAGE ADDICTIF de méthylphénidate." Cette assertion est en contradiction avec le paragraphe 4.6.6 qui dit que la littérature n'a pas mis en évidence de risque d'addiction.
Expert 58	Je ne suis pas spécialiste
Expert 64	Être attentif à la prise de stimulants (cocaïne, amphétamines)
Expert 65	Formulation Patients TDAH à éviter
Expert 72	4.7. "Il convient de surveiller les patients". J'imagine qu'il s'agit d'une erreur et qu'il devrait être écrit "il convient d'attirer la vigilance des parents"

Le MPH peut parfois, y compris chez des personnes sans TDAH, être détourné de son indication et utilisé comme stimulant intellectuel (étudiants, profession très actives). Ce phénomène, encore peu fréquent en France n'est cependant pas rare à l'international.

4.8 Arrêt du traitement médicamenteux

Des symptômes peuvent réapparaitre à l'arrêt du traitement.

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.

Recommandation 71

Il n y pas de recommandation particulière pour l'arrêt du traitement médicamenteux qui peut être stoppé rapidement. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	1	1	2	8	49	20

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.17	96.83

Expert	Commentaires
Expert 7	Il est conseillé toutefois de prévenir les patients que l'arrêt entrainant la résurgence de symptômes doit amener à la prudence notamment dans le cas de la conduite (trottinette, vélo, deux roues motorisées...)
Expert 11	+ préciser ; L'arrêt du traitement médicamenteux peut être motivé par un changement d'environnement, l'aménagement de temps sans traitement pour des raisons de tolérance, le souhait du patient et de sa famille notamment lorsque des soins non-médicamenteux semblent apporter suffisamment d'aide ?
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées même si l'expérience des prescripteurs va dans ce sens.
Expert 26	Quand se pose la question de la nécessité ou non de la poursuite du MPH ,en accord avec l'enfant et les parents , je propose une fenêtre au mois de janvier, après un premier trimestre d'acclimatation au changement d'année scolaire, sans impact majeur sur le trimestre suivant . Au bout d'un mois la situation est réévaluée, également par les enseignants (Conners Enseignant) Si le jeune est en apprentissage, essayer plutôt l'arrêt sur le temps professionnel, où la charge cognitive peut être moindre . A voir , au cas par cas
Expert 35	Il semble essentiel de bien informer les parents de cette information importante de comprendre que 12h après la fin du traitement, l'enfant n'a plus cette molécule dans son cerveau, pour éviter qu'ils croient les fausses informations sur le fait que le méthylphénidate rendrait dépendant...
Expert 65	Etayage par des références ?
Expert 66	Si le traitement est nécessaire, il ne doit pas être arrêté chez l'enfant sportif de haut niveau. Un accord doit être demandé à l'Agence Française de Lutte contre le Dopage afin que le patient puisse poursuivre ses activités
Expert 85	Je suis d'accord qu'il n'y a pas de précaution particulière à prendre pour un arrêt sécurisé qui peut être effectué rapidement. Par contre il me semble important de ne pas limiter la question de l'arrêt à la sécurité liée à la prescription chronique, mais à l'intégrer dans une démarche visant à faire en sorte que l'adolescent se passe du médicament sans contrecoup cognitif et adaptatif trop marqué. A ce titre il me semble qu'il faut au minimum appeler à une réflexion avec l'ado sur sa perception des effets du traitement, sur ses stratégies envisagées pour faire sans, voir sur un accompagnement (cognitif et comportemental, ergo) de cette période d'arrêt. Un arrêt progressif (jours « sans » en nombre progressivement croissant) est dans ce contexte une stratégie souvent utilisée. Il me semble contreproductif voir inadapté de laisser penser que l'arrêt du traitement soit une affaire aussi simple.
Expert 86	La recommandation n'est pas assez détaillée ou claire. 1/ S'il existe une inefficacité et/ou un ou plusieurs effets secondaires le traitement peut en effet être arrêté rapidement. 2/ S'il s'agit d'une fin de traitement en lien avec une amélioration de l'état du patient, il n'est pas nécessairement souhaitable d'arrêter "rapidement". Cela peut même conduire à des situations délicates voire dangereuses (adolescents, conduite etc) Il n'y a pas de rationnel à interrompre brutalement un traitement qui a été utile durant plusieurs années. Mieux vaut recommander une décroissance progressive permettant au patient de s'adapter à son rythme. J'ajoute que la durée de traitement n'est pas abordée dans les recommandations ce qui devrait l'être

	plus clairement. Cette omission suggère-t-elle que la recommandation est celle du traitement médicamenteux à vie?

5 Information et consentement du patient et sa famille

Recommandation 72

Tout projet thérapeutique chez l'enfant s'accompagne d'un travail explicatif et de co-construction avec l'enfant lui-même et ses parents.

Il est recommandé d'informer le patient et sa famille, concernant :

- Les caractéristiques et l'évolution du TDAH
- Les différentes modalités de prise en charge : non médicamenteuse et médicamenteuse, en précisant des données d'efficacité et la balance bénéfice risque afin d'aider le patient et sa famille à participer à la décision thérapeutique. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	4	77	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	J'ai un peu peur que cette recommandation aboutisse au fait de faire signer de la paperasse aux parents pour éviter les ennuis et cela ne va pas faciliter l'acceptabilité des familles
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Cela entre dans le champ de la psycho-éducation traité plus haut.
Expert 29	La formation des médecins et des psychologues à ce sujet est essentielle
Expert 35	Il semble important de prendre le temps de bien expliquer aux parents la possibilité de pause du traitement, des évolutions futures, de possibles autres essais thérapeutiques non médicamenteux comme les remédiations cognitives, la TCC? les groupes des habiletés sociales, le neurofeedback.. (même en cas où le traitement fonctionne bien) qu'ils sentent que les parents ont aussi un choix à faire pour leur enfant ou adolescent.
Expert 36	R 72 arrive un peu tard dans les recommandations
Expert 49	Si possible en présence des deux parents

Recommandation 73

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Cette décision de soin partagée est à obtenir afin d'augmenter la compliance, d'éviter une dissension intrafamiliale sur la prise en charge et d'améliorer l'efficacité de la prise en charge.

Il est recommandé que la prise en charge médicamenteuse s'intègre aussi dans une démarche de décision de soin partagée avec l'enfant et ses parents. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	1	5	75	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le juge aux affaires familiales peut être saisi en cas d'opposition farouche d'un des parents à la prise en charge ou aux traitements.
Expert 17	Le mot "compliance" est peu compréhensible
Expert 35	Il est important de rajouter un paragraphe : En cas de désaccord parentale (séparation, divorce, opposition volontaire d'un des parents...) sur l'importance du bénéfice du traitement médicamenteux pour le futur de son enfant ou adolescent, Est-il possible de mettre en place un protocole médical, de discussion, alerte des parents, sur les effets d'un refus de médication pour des TDAH TOP Trouble des conduites sévères, décrochages scolaires...? Pour éviter la culpabilité du parent lui d'accord pour cette médication et ainsi mettre des paramédicaux dans des situations familiales très complexes et conflictuels ou seul l'avis médical pour l'enfant doit compter comme un traitement pour une maladie diabétique par exemple? merci pour cette réflexion.
Expert 36	Idem R72
Expert 63	Problème de forme après le mot partagée car le rappel 37 est écrit en gros caractères
Expert 65	Eviter "prise en charge"; préférer traitement ou projet thérapeutique. Attention à la formulation; parfois on n'obtient pas l'accord des deux parents et il est possible dans certains cas que l'intérêt de l'enfant nécessite une décision judiciaire.
Expert 69	Évidemment
Expert 79	Co conctruction essentielle et gage d'efficacité
Expert 89	Accord des deux parents !!pas toujours si facile au départ

Le choix de la prise en charge sera régulièrement réévalué en cours de traitement et sera adapté en fonction du ressenti et du

souhait du patient.
L'ensemble de ces éléments peut être abordé dans le cadre des programmes de psychoéducation.

6 Modalités de suivi

6.1 Evaluation de l'observance/adhérence à la prise en charge

Compte tenu des spécificités du TDAH, les patients peuvent rencontrer des difficultés à adhérer au traitement. Il conviendra d'y être attentif afin de ne pas penser qu'un traitement est inefficace alors qu' il n'est tout simplement pas pris.
Pour y pallier, des mesures pouvant faciliter l'organisation des prises (utiliser un pense-bête /ex. alarme sur smartphone), associées à des moments précis de la journée (/ex. petit déjeuner) utiliser un pilulier, etc.) peuvent être proposées aux parents.

6.2 Evolution du trouble et des comorbidités

La mise en place d'un suivi régulier a pour but d'évaluer :
- L'efficacité de la prise en charge : les objectifs du traitement sont-ils atteints ?
- L'évolution des symptômes du TDAH et des comorbidités: les questionnaires utilisés lors du diagnostic peuvent être utilisés pour cette évaluation
- L'évolution du fonctionnement général de l'enfant dans les différents contextes (scolaires, sociales, familiales, ..)
- L'évolution des paramètres somatiques (poids, taille, pression artérielle, ..)
- L'apparition de nouveaux symptômes ou la nécessité de nouveaux besoins exprimés par l'enfant et son entourage.

Recommandation 74

Il est recommandé de réévaluer régulièrement (au moins tous les trois mois) l'impact des symptômes et l'évolution des comorbidités dans les différentes sphères (familiale, scolaire et sociale). (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	1	2	9	9	60	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.41	97.59

Expert	Commentaires
Expert 1	Pour le point 6.1 rajouter après "alors qu'il n'est tout simplement pas pris" : "ou que le dosage est devenu insuffisant du fait de la croissance de l'enfant" Cette réévaluation n'est pas actuellement possible sur le terrain par les médecins spécialisés en TDAH

	(par manque de professionnels) et sera donc réalisée par le médecin traitant qui- il me semble important de le rappeler -a la possibilité de modifier les dosages de méthylphénidate. Néanmoins les ordonnances étant de 28 jours max actuellement (ce qui est une très forte contrainte entravant l'observance sur laquelle on pourrait réfléchir notamment dans des familles TDAH), les visites médicales (même en cas de non prises les WE) sont plus rapprochées que tous les 3 mois
Expert 5	Au vu des difficultés d'accès au soin, un enfant sans traitement médicamenteux ne sera pas vu tous les 3 mois... peut être proposer tous les 6 mois, ou préciser que ce suivi peut se faire par les professionnels proposant la prise en charge non médicamenteuse. A moins que cette recommandation ne concerne que les enfants sous traitement médicamenteux, et dans ce cas il faut le préciser.
Expert 6	Pourquoi tous les 3 mois et pourquoi pas à chaque consultation ?
Expert 11	L'évaluation du retentissement fonctionnel est à privilégier
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Les services de consultation sont déjà surchargés. Qui doit faire cette évaluation trimestrielle? Le médecin traitant (probablement peu ou pas formé) ou le spécialiste du TDAH (qui n'aura sûrement pas le temps)?
Expert 20	Remplacer "au moins tous les trois mois", par "tous les 3 à 6 mois".
Expert 23	Peut être 3 mois au début puis diminuer progressivement si tout fonctionne bien.
Expert 25	Par qui ? le médecin ? S'il n'y a pas de traitement par MPH, les paramètres somatiques ont il besoin d'être rééavalués tous les 3 ?
Expert 26	Si tout va bien ,il n'est pas envisageable de revoir les enfants tout les 3 mois (au détriment de patients qui en ont davantage besoin) listes d'attente , rendez-vous à ...? Ceci n'est pas réaliste, sauf si on est le psychiatre qui assure aussi le suivi psychologique . Bien sûr , on doit être informé et revoir l'enfant en cas de problèmes; Si tout va bien ,le rendez-vous est annuel ,en refaisant un point complet ,au moment du renouvellement annuel de l'ordonnance. Rendez-vous de 45 minutes ou 1 h ,file active de plus de 1500 patients (mon expérience)
Expert 32	Tous les 6 mois peuvent suffire dans les cas simples
Expert 35	Parfois, le traitement n'est pas pris car le patient avec ses troubles attentionnels du TDAH peut oublier de prendre sons traitement involontairement et se disperser dans d'autres tâches.
Expert 36	Une contradiction avec la surveillance tous les six mois en cas de traitement médicamenteux (R69)
Expert 37	Une réévaluation régulière (au moins tous les 3 mois) de l'impact des symptômes et l'évolution des comorbidités me semble indispensable au début de la prise en charge du patient TDAH soit dans la première année du soin. Passé ce délai, le suivi peut être moins fréquent et il peut être réalisé éventuellement en distanciel
Expert 45	Et même tous les mois lors du renouvellement d'ordonnance
Expert 47	Bilan du diabète chez l'enfant TDAH ? Dans la mesure où c'est une comorbidité possible, à défaut de recommandation, un éclairage sur les connaissances actuelles serait bienvenu. Quel est la place des bilans du fer ? Car il existe un foisonnement d'articles sur internet à ce sujet et sur la supplémentation en fer des enfants ayant un TDAH. Si ne n'est une recommandation, un éclairage sur les connaissances actuelles sur ce point serait bienvenu et permettrait d'améliorer le suivi des enfants ayant un TDAH, d'essayer de limiter la supplémentation infondée des enfants par automédication (en délivrant l'information aux familles via les professionnels qu suivent les enfants) et d'éviter des dérives.
Expert 59	L'évaluation tous les 3 mois semble utopique. Pour certaines situations elle n'est pas nécessaire . pour d'autre ,un suivi chaque mois serait judicieux .
Expert 65	Oui mais préciser que cela peut être fait par le généraliste lorsque les symptômes sont bien stabilisés dans l'intervalle des RV chez le prescripteur initial.
Expert 71	Besoin de définir qui mène cette réévaluation
Expert 76	Faisabilité ?
Expert 85	Une fois passé la prise en charge initiale et/ou décompensée, tous les 3 mois systématique c'est trop fréquent si on s'adresse au médecin "référent". Je rappelle que c'est un chemin long... En cas de traitement médicamenteux, la situation est un peu différente du fait du renouvellement, et alors /3-4 mois (vitesse de croisière) c'est raisonnable.

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

6.3 Coordination de la prise en charge lors du passage à l'âge adulte

Lors du passage à l'âge adulte le contexte et les modalités de prise en charge évoluent et il est essentiel lors de cette étape de préserver la continuité des soins.

Recommandation 75

Afin de faciliter la continuité des soins lors de cette étape de transition, il est recommandé d'anticiper cette étape plusieurs mois à l'avance, (avant 18 ans). (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	9	73	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Accord purement théorique au vu du manque de professionnels formés au suivi des adultes avec TDAH...
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Très bien, mais où sont les structures de transition? C'est un problème épineux pour toutes les pathologies chroniques pédiatriques (mucoviscidose, diabète, asthme, etc.)? Cela suppose qu'il y ait des spécialistes du TDAH chez l'adulte... Le groupe de travail doit absolument recommander de créer des structures adéquates pour les enfants et pour les adultes.
Expert 25	À l'hôpital, la transition se fait à 16 ans
Expert 35	Il est très difficile de le faire dans les faits , il n'y a pas de centre experts sur le TDAH (1 seul centre expert en France www.ghu-paris.fr/fr/annuaire-des-structures-medicales/centre-des-troubles-du-neuro-developpement-chez-ladulte-ctnda Il en faudrait 1 au moins par région...l'attente dans les CHU est de 2 ans, c'est complètement saturé malheureusement...
Expert 37	Totalement d'accord. Toutefois dans le cas particulier d'enfants TDAH associé aux épilepsies de l'enfant dites auto-limitées (type d'épilepsie qui guérit spontanément à la puberté mais pour qui le TDAH persiste la plus part du temps), ces familles n'ont plus de professionnel vers qui se tourner après la période de prise en charge pédiatrique dans les services hospitaliers spécialisés !!! Ces familles ont besoin d'une continuité des soins du TDAH à l'âge adulte qui peut être réalisé en libéral mais l'offre de soin à ce niveau même dans une grande ville est quasi inexistante !!
Expert 49	Selon le territoire, plusieurs années à l'avance pour la continuité des soins
Expert 66	Un annuaire des médecins spécialistes du TDAH faciliterait cette coordination

Expert 69	Évidemment. A noter, pour la MDPH, l'enfant passe "en adultes" après ses 20 ans... Avant, il est considéré comme "enfant"

Recommandation 76

Il est recommandé de mettre en place une coordination entre les services concernés, si possible piloté par un référent (pédopsychiatre, pédiatre, médecin généraliste, psychologue,). (Accord d'experts)

Cette coordination aura pour but de proposer un accompagnement adapté aux besoins du patient lors de l'étape de transition.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	0	1	3	10	66	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.44	97.56

Expert	Commentaires
Expert 5	Même commentaire que précédemment.
Expert 11	Aux besoin du patient et de son entourage
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Le NICE-NG87 décrit les principes de la transition. Une adaptation au système de soin français pourrait constituer une première étape.
Expert 21	faut-il trouver le soignant adulte formé au tdah
Expert 25	Les patients adultes se heurtent à la quasi-absence de médecins formés aux TDAH chez l'adulte que ce soit dans les hôpitaux ou en libéral. Il y a des manques dans certaines régions et peu de proposition en téléconsultation ce qui entraine des délais très importants dans l'accès aux soins
Expert 26	Je suis d'accord que les recommandations de la NICE sont assez utopistes (organiser des réunions entre les services pour que le passage soit doux et progressif) cf argumentaire En pratique, qui a le temps de faire cela ? Par contre, il est important de donner aux jeunes des adresses de confrères spécialisés dans le TDAH adulte et de transmettre le dossier, après avoir fait un point détaillé sur la situation Rectifier :en rajoutant :ou entre médecins libéraux spécialisés dans le TDAH
Expert 35	Il est donc essentiel qu'il créé cette coordination en prenant le temps de s'appeler, réunion, zoom, pour effectuer cette coordination, et qu'elle soit donc rémunérée. (y compris le temps de coordination pour les orthophonistes, car nous avons beaucoup de patients avec TDAH adultes avec bégaiement , dyslexie, dysphasie, parents TDAH avec enfant TDAH)
Expert 36	Préciser le rôle du patient et éventuellement et de sa famille dans la coordination

Expert 37	Laisser la possibilité à la famille, à l'enfant de choisir qui sera son professionnel référent coordinateur des soins
Expert 47	Cette recommandation n'intéresse que les patients suivis en milieu hospitalier. Quid de la médecine de ville ? Certains patients ne passent absolument jamais par l'hôpital pour le suivi et la coordination des soins. L'hôpital n'est pas un passage obligé et est de plus en plus inaccessible du fait de délai d'attente très longs. Un complément à destination de la médecine de ville serait bienvenu concernant l'organisation de cette transition.
Expert 52	Difficulté de trouver des ressources de relai
Expert 55	Il serait bien d'ouvrir ce rôle de référent à tous les professionnels pouvant être le soignant de proximité comme le psychomotricien.
Expert 60	La coordination pour une transition entre l'adolescence et l'âge adulte se fait également en médecine libérale de ville. Le mot "service concernés" n'est pas adapté car cela sous-entend une prise en charge hospitalière. A partir de 16 ans le référent est le médecin traitant qui doit organiser la prise en charge avec les spécialistes (libéraux ou hospitaliers) de proximité et les autres professionnels de santé.
Expert 63	Faute d'orthographe, il manque un "e" à piloté s'agissant de la coordination
Expert 72	Merci de préciser également "service d'addictologie" qui pour certains, sont très impliqués dans la PEC du TDAH chez l'adulte, en cas de comorbidité addictive notamment.

Cette étape de transition nécessite d'impliquer aussi le patient TDAH et sa famille.

Cette étape de transition est aussi l'occasion de réévaluer les difficultés et les besoins du patient et d'adapter la prise en charge.

Recommandation 77

Le TDAH est un trouble chronique qui persiste le plus souvent à l'âge adulte.

Lors du passage à l'âge adulte il est recommandé d'anticiper et de programmer le transfert de la prise en charge du TDAH par des services pour adulte. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	3	1	3	5	69	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.41	97.59

Expert	Commentaires
Expert 5	Information redondante

Expert 11	Répétition avec la recommandation 75
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Même remarque que pour la recommandation 76.
Expert 17	À des services pour adultes
Expert 26	Attention, quand vous utilisez le terme "service concerné ", vous excluez les médecins libéraux, qui peuvent confier un patient de médecin à médecin Je propose de nuancer en rajoutant: ou par un psychiatre libéral spécialisé dans le TDAH adulte Cette remarque vaut également pour la recommandation 76
Expert 34	A noter que les psychiatres d'adulte ont très peu de formation sur le TDAH et quasiment aucune sur le TDAH de l'adulte. Nous nous retrouvons d'ailleurs très en difficulté quand il s'agit de prescrire un traitement par METHYLPHENIDATE. De plus, nous rappelons que dans de nombreuses régions de France, les nouvelles demandes de CMP ne se sont plus et se cantonnent aux patients qui sortent d'hospitalisation.
Expert 37	Entièrement d'accord si ses services existent !!
Expert 38	Si vous avez une liste ou un site qui répertorie ces centres cela serait d'une grande aide
Expert 47	Même remarque que précédemment : l'hôpital n'est ni un passage obligé ni systématique. Une recommandation pour la médecine de ville serait bienvenue.
Expert 52	idem 76
Expert 60	Le transfert de prise en charge doit être organisé par le médecin traitant.
Expert 65	Oui sur le principe mais revoir la formulation "Transfert de la prise en charge du TDAH" ne donne pas un rôle actif au jeune ; il faut absolument revoir la formulation et insister sur l'éducation à la gestion plus autonome du système de soins qui est souvent un obstacle à la transition entre services.
Expert 69	Évidemment
Expert 77	Les données de l'argumentaire semblent dire qu'un tiers persiste a l'âge adulte. Ce n'est pas "le plus souvent"
Expert 85	On peut difficilement écrire ça sans appeler explicitement à l'émergence de pôles de compétence adultes TND
Expert 86	Le TDAH est un trouble chronique qui persiste le plus souvent à l'âge adulte = NON Ceci ne correspond pas à mon expérience de 20 ans de prise en charge et de recherche sur ce trouble.

7 TDAH et recours aux outils numériques

7.1 Généralités

De nombreux outils numériques se développent et peuvent contribuer à la prise en charge des TDAH :

- Ils peuvent permettre d'organiser la prise en charge à distance des patients via le recours à la télémédecine ou au télésoin. Ces nouvelles organisations des soins à distance, notamment la téléconsultation et la téléexpertise, peuvent permettre de faciliter l'accès aux soins et à l'expertise médicale face aux difficultés d'accès à un spécialiste des TDAH. Aucune solution de télésurveillance médicale dédiée à la prise en charge des patients atteints de TDAH n'a été identifiée ;
- Ils peuvent être un soutien à la coordination des soins (dossiers patients, messageries sécurisées,) ;
- En parallèle, des outils numériques d'évaluation cognitive, de psychoéducation ou des « thérapies numériques » font l'objet de travaux et sont disponibles. Malgré des premières études présentant des résultats encourageants, ils n'ont pas fait l'objet à ce jour de preuves suffisantes.

Dans ces recommandations, ne seront abordés que les outils relevant de la télémédecine. Pour autant, une veille régulière est nécessaire sur l'ensemble des sujets numériques car le domaine est dynamique et les fonctionnalités des premières technologies numériques en développement sont intéressantes.

Expert 11	« A la prise en charge des TDAH » Suggestion : à la prise en charge des personnes présentant un TDAH « Pour autant, une veille régulière est nécessaire sur l'ensemble des sujets numériques car le domaine est

	dynamique et les fonctionnalités des premières technologies numériques en développement sont intéressantes » Ne me semble pas du ressort des lecteurs de ces recommandations mais plutôt des spécialistes du sujet.
Expert 44	« outils numériques d'évaluation cognitive, de psychoéducation ou …n'ont pas fait l'objet à ce jour de preuves suffisantes. » : et le triple P?

7.2 Téléconsultation

Les recommandations de bonnes pratiques pour la téléconsultation et téléexpertise émise par la HAS en 2019 s'appliquent au contexte du TDAH, notamment l'utilisation d'une vidéotransmission lors d'une téléconsultation.

Recommandation 78

En complément, au vu des spécificités du TDAH, il est recommandé au professionnel pour l'ensemble des téléconsultations de :

- Vérifier la présence d un représentant légal à proximité de l'enfant et son identité ;
- S assurer de la présence de l'enfant lors d une téléconsultation de façon systématique, au même titre que pour une consultation en présentiel. Elle ne doit pas se faire avec les parents seuls. Autant que faire se peut, l'enfant devrait être dans le champ de la caméra lors de la consultation pour permettre l'observation clinique du patient ;
- Pour le professionnel, d'être attentif à sa posture compte tenu de la barrière liée à l'écran. Il est en effet important de :
  - Ne pas sortir du champ de la caméra et d'échanger face au patient et aux adultes référents ;
  - D'utiliser un langage clair avec des phrases courtes ;
  - S'assurer de la qualité de l'image avec un arrière-plan statique / épuré uni et plus sombre avec de la lumière directement sur le visage ;
  - S'assurer de capter autant de communications non verbales que possible. Une bonne distance à la caméra est recommandée pour inclure la tête, le cou, le haut du corps et les bras. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	4	5	11	55	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.28	98.72

Expert	Commentaires
Expert 1	Je ne connais pas de recommandations à haut niveau de preuves sur ce sujet et à titre personnel la téléconsultation pour un enfant tdah ne me semble pour le moment pas assez fiable par perte

	d'informations cliniques
Expert 5	La présence systématique de l'enfant en téléconsultation peut être parfois délétère, notamment pour les petits lors des consultations diagnostiques. Une grande partie de l'analyse diagnostique est l'anamnèse de l'histoire développementale de l'enfant qui prend beaucoup de temps. Il est déjà difficile de les faire en présentiel avec l'enfant, il faudrait préciser qu'une téléconsultation en présence de l'enfant est indispensable pour l'observation clinique, mais l'anamnèse peut être débutée avec le parent seul pour des raisons pratiques d'efficacité.
Expert 6	Oui mais je pense qu'il faudrait préciser qu'il faut une consultation présentielle au moins tous les 2 ou 3 mois
Expert 7	Dans la mesure du possible associer le discours à une information visuelle (dessin, notes de l'explication...) et à la participation concrète de l'enfant (vérifier ce qu'il a compris, en lui permettant de manipuler des outils). Un partage d'écran peut être proposé.
Expert 11	Remplacer "il est en effet important de" par "il est conseillé de" Langage clair et phrases courtes : pas spécifique à la téléconsultation
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. J'avoue que cette recommandation mais fait sourire... cela ressemble plus à une préoccupation administrative qu'à une préoccupation médicale.
Expert 15	L'HAS pourrait recommander quelques logiciels pour les médicaux et paramédicaux non conventionnés?
Expert 35	La télé consultation est essentiel et a tellement aidé les familles au moment du COVID et ensuite même encore aujourd'hui avec les pénuries de médecins formés au TDAH et aussi les délais de RDV selon les régions.
Expert 36	S'assurer que la formule est satisfaisante pour l'enfant (ou l'adulte)
Expert 60	Les téléconsultations chez l'enfant peuvent concerner des problématiques ne nécessitant pas forcément la présence à proximité de l'enfant (certificat MDPH, ajustement thérapeutique, renouvellement d'ordonnance).
Expert 63	Remplacer le point virgule par un point dans la phrase "S'assurer de la qualité de l'image..."

Par ailleurs, la téléconsultation peut permettre de clarifier les décisions de chacun des représentants légaux concernant la prise en charge de leur enfant, notamment dans le cas d'impossibilité de consultation en présentiel pour les deux représentants. Dans ce cadre, le compte rendu doit tracer la décision du représentant en distanciel, notamment concernant son accord à la prise en charge thérapeutique.

7.2.1 Consultation de diagnostic

Recommandation 79

Dans le cadre du TDAH, le diagnostic ne peut être posé lors de consultations exclusivement à distance entre un médecin et son patient.

Il est recommandé que le diagnostic d'un TDAH repose sur au moins un échange en présentiel et non pas uniquement sur une téléconsultation. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	1	2	0	2	3	70	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.75	96.25

Expert	Commentaires
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées. Principe acquis, mais comment gérer les distances (qui se comptent parfois en centaines de km) entre un patient et le spécialiste du TDAH?
Expert 17	Ajout la restitution du diagnostic se fera lors d'une consultation en présentiel
Expert 58	une consultation plutôt qu'"un échange"
Expert 65	Cela ne va pas dans le sens de publications récentes visant notamment à assurer des diagnostics en période de confinement. NB je ne peux pas mettre les pdf, tjrs trop volumineux pour la platefome. Santosh, P., Cortese, S., Hollis, C., Bölte, S., Daley, D., Coghill, D., ... & Simonoff, E. (2023). Remote assessment of ADHD in children and adolescents: recommendations from the European ADHD Guidelines Group following the clinical experience during the COVID-19 pandemic. European Child & Adolescent Psychiatry, 1-15.
Expert 73	Examen clinique nécessaire
Expert 77	Pourquoi pas après tout. Restera a faire l'examen clinique en présentiel, mais le diagnostic peut être tt a fait évoqué à partir d'une téléconsultation. C'est ce qui est dit en dessous d'ailleurs ;
Expert 79	Essentiel
Expert 80	Si l'on ne peut faire autrement, il me semble tout de même possible de réaliser ce diagnostic en télé consultation pour quelqu'un qui connait bien ce trouble.
Expert 86	Même un échange présentiel unique ne peut en aucun cas suffire à poser un diagnostic positif fiable (cf commentaires précédents). Encore moins bien sur en distanciel...

Cependant, en cas de difficultés d'accès à un médecin formé au TDAH, une consultation diagnostique peut être envisagée par téléconsultation à condition qu'un professionnel de santé (médecin, IPA) ou un psychologue soit présent auprès du patient et puisse assister le médecin à distance et le patient lors de la consultation.

Recommandation 80

Le Groupe de Travail recommande de développer l'accès aux téléconsultations assistées (un professionnel de santé et/ou psychologue de proximité avec le patient assisté par le médecin spécialisé à distance) pour les zones en tension de démographie médicale. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	1	1	1	0	4	9	60	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.33	93.67

Expert	Commentaires
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées.
Expert 14	Assistance uniquement avec un médecin ! C'est médical, le reste peux se faire par des bilans a la demande d'un médecin spécialisé.
Expert 24	Contradictoire avec la recommandation précédente, l'examen et le diagnostic du TDAH étant avant tout clinique, la télé-consultation dégrade, voire fausse l'évaluation diagnostique qui ne peut se faire que cliniquement, c'est-à-dire en présence du patient avec le clinicien. Par ailleurs, l'alliance nécessaire à la suite de la prise en charge n'est sûrement pas permise par le télédiagnostic (étant entendu que le télédiagnostic diffère de la téléconsultation d'un patient bien connu ou de la téléexpertise).
Expert 26	Attention , cette recommandation ne doit pas annuler la précédente qui dit qu'une consultation en présentiel est nécessaire pour l'examen clinique de l'enfant, l'entretien avec l'enfant seul
Expert 35	Oui, toutes les régions sont en tensions à présent avec des délais intolérables ; (1 an ou des consultation de certains psychiatre à 200 euros que les patients ne peuvent pas payer..) Nous n'avons même plus assez de médecin traitant pour accepter de nouveaux patients et donc obtenir des ordonnances pour pouvoir effectuer une prise en soin orthophonique.
Expert 44	Attention à ce que l'assistant soit en capacité de réaliser l'examen physique (en particulier neurologique)
Expert 49	Les professionnels de santé qui assistent lors des téléconsultations peuvent également être les professionnels de santé qui suivent et connaissent l'enfant (ergo, psychomot, orthophoniste...)
Expert 52	Sous réserve de la disponibilité des professionnels de proximité
Expert 65	En quoi cela serait utile pour une famille informative et autonome ? Les téléconsultations assistées sont peut être utiles pour les personnes ayant des troubles psychotiques ou très dépendantes..
Expert 77	La télé consult assistée ne résoudra pas le problème de démographie médicale. Si on veut réfléchir sérieusement a cette question dans la recommandation, il faut soutenir la question des pratiques avancées voire des délégation de prescription. Exemple local: on se projette sur moins de 3 ETP de prescripteurs spécialistes (pédopsychiatries et pédiatres inclus) pour l'ensemble du département dans 1 an. La densité des médecins généralistes étant une des plus faible du pays ils ne s'y substitueront pas et n'auront pas la possibilité de faire un DU.. contrairement aux infirmiers IPA ou puéricultrices bientôt IPA qui pourront le faire.
Expert 79	Très bon substitut à envisager dans certaines zones en effet
Expert 86	Soit on fait sérieusement soit on ne fait pas. La téléconsultation ne convient que pour le suivi pas pour le diagnostic initial.

Dans ces cas, le protocole de soins devra respecter les recommandations actuelles et inclure les différents éléments de la démarche diagnostique.

7.2.2 Consultation de suivi

Recommandation 81

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Après l'étape de diagnostic, la téléconsultation peut être proposée dans le cadre du suivi.

Il est recommandé que le suivi par téléconsultation soit limité aux relations patient-professionnel bien établies.

La fréquence du recours à une téléconsultation, en alternance avec un suivi en présentiel, doit être adaptée en fonction du profil et des besoins du patient. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	3	11	64	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Je ne connais pas de recommandations à haut niveau de preuves sur ce sujet et à titre personnel la téléconsultation pour un enfant tdah ne me semble pour le moment pas assez fiable par perte d'informations cliniques
Expert 6	Même remarque que précédemment Je pense qu'il faut imposer une consultation présentielle systématique régulière (tous les 3 mois semble un minimum)
Expert 7	Sauf erreur de ma part aujourd'hui seulement 20% des consultations sont autorisées en téléconsultations par la CPAM.
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées.
Expert 14	OUI mais en partenariat avec le médecin de famille!
Expert 17	Vigilance à ne pas éloigner les patients de province n'ayant pas ou peu de professionnels de santé à proximité, en raison de l'obligation de consultations en présentiel (onéreux, obligation de s'absenter de son travail...) Une fois le diagnostic établi, le suivi peut être en téléconsultation dès lors que celle-ci ont la même durée qu'une consultation en présentiel
Expert 45	Problème des ordonnances sécurisées non réalisables en téléconsultation (papier filigrané) envoi postal?
Expert 47	L'intérêt de la téléconsultation pour le suivi d'une personne ayant un TDAH est limitée s'il y a nécessité de prescription de MPH car la prescription doit légalement être établie sur une ordonnance sécurisée. Or ce format d'ordonnance n'existe qu'en format papier ; toute prescription électronique de MPH est de fait illégal. Les patients ayant besoin de MPH doivent systématiquement consulter en cabinet, ce qui pose problème dans les zones en tension. Pour lever ce frein, il faudrait soit réfléchir à la création d'un format électronique pour les ordonnances sécurisées, soit faire évoluer la réglementation concernant la prescription de MPH.
Expert 65	Il y a déjà des recommandations d'experts pour le telediagnostic

	Santosh, P., Cortese, S., Hollis, C., Bölte, S., Daley, D., Coghill, D., ... & Simonoff, E. (2023). Remote assessment of ADHD in children and adolescents: recommendations from the European ADHD Guidelines Group following the clinical experience during the COVID-19 pandemic. European Child & Adolescent Psychiatry, 1-15.
Expert 79	À ne pas systématiser pour autant

Recommandation 82

Dans le cadre d'un suivi du TDAH par téléconsultation, il est recommandé qu un relai médical de proximité (médecin généraliste, pédiatre,) soit mis en place. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	1	0	0	8	67	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.56	97.44

Expert	Profession	Commentaires
Expert 6		Je ne vois pas l'intérêt de cette recommandation Le patient a son médecin traitant obligatoire
Expert 12	Médecin	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées.
Expert 30	Médecin	Surtout pour l'ordonnance ;
Expert 35		Un médecin généraliste formé au TDAH peut effectuer ce relais si il est d'accord, parfois, il le refuse dans les faits, cliniquement; ce qui rallonge les délais et ils ne réalisent pas l'impact sur les familles qui sont constamment préoccupés par les rdv médicaux , paramédicaux et autres.
Expert 37	Médecin	Cette recommandation ne me semble pas utile. Si l'enfant TDAH a un traitement psychostimulant, la famille a forcément un médecin de proximité pour le renouvellement de l'ordonnance tous les 28 jours Si l'enfant, n'a pas de traitement je ne vois pas l'intérêt d'un relai médical de proximité à titre systématique.
Expert 47		Préciser : particulièrement si nécessité de prescription de MPH puisqu'il ne peut être prescrit sur ordonnance électronique.
Expert 77		Faisabilité limitée. Intérêt souligne le rôle que des IPa pourraient jouer dans ce type de suivi

7.3 Téléexpertise : quand y recourir ?

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

La téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux formés au TDAH, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge du patient.
Elle permet de faciliter l'accès à un médecin spécialisé pour les professionnels de santé, pour des problématiques diverses :

- Une demande d'avis spécialisé pour une suspicion diagnostique qui permettre l'orientation de la prise en charge précoce.
- Un avis spécialisé dans le suivi du TDAH (par exemple, une adaptation thérapeutique).

Un support résumé de la situation du patient peut être apporté par le médecin requérant, au besoin, au moyen d'un dispositif numérique de coordination des soins.

Recommandation 83

Il est recommandé que la téléconsultation et la téléexpertise se basent sur l'ensemble des éléments mentionnés dans ce document. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	2	7	68	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Je ne connais pas de recommandations à haut niveau de preuves sur ce sujet et à titre personnel la téléconsultation pour un enfant tdah ne me semble pour le moment pas assez fiable par perte d'informations cliniques
Expert 11	« - Une demande d'avis spécialisé pour une suspicion diagnostique qui permettre l'orientation de la prise en charge précoce » Suggestion : - Un avis spécialisé pour une suspicion diagnostique, avec l'enjeu de permettre une prise en charge précoce
Expert 12	Des références bibliographiques gradées doivent impérativement être citées.
Expert 25	Comment mettre en place de telles téléexpertises (temps, financement, ...) ?
Expert 35	Cette teleconsultation pourrait permettre un diagnostic plus précoce. C'est une très bonne idée ;
Expert 63	Faute d'orthographe dans la phrase " une demande d'avis spécialisé pour une suspicion diagnostique qui permette" et pas qui "permmettre", supprimer le "r"
Expert 74	Pourquoi la téléexpertise se limiterait-elle à la sollicitation des professionnels médicaux ? Quid de l'avis des paramédicaux et des psychologues par ex ?

Questions générales sur l'ensemble des documents

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Recommandation 84

Avez-vous des **commentaires généraux** à formuler concernant le **Texte des recommandations ?**

Médiane : 1

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	51	32

Expert	Commentaires
Expert 1	Je vous remercie de m'avoir donné l'opportunité de relire ce travail. Néanmoins je suis très étonnée du niveau de preuve noté dans les recommandations (globalement "accord d 'experts") qui ne correspond pas à la richesse de la littérature mondiale avec bon niveau de preuves sur le TDAH. Il me semble impossible de publier des recommandations de bonnes pratiques sans une gradation solide des sources, sources pourtant présentes dans l'argumentaire.
Expert 5	Excellent document dans l'ensemble. La démarche diagnostique est bien déroulée, le suivi du traitement aussi. La possibilité de la prescription par un médecin formé et non par une spécialité médicale est une réelle avancée.
Expert 7	Je supprimerai La Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'adolescent, CFTMEA dans sa version la plus récente (CFTMEA 2020 -R) 6 Je rajouterai la mémoire de travail et la gestion des émotions dans les principales fonctions exécutives J'ajouterai la recherche d'antécédents familiaux de TND de façon systématique à l'entretien diagnostique Je noterai "il convient donc d'être attentif à l'histoire développementale, à la chronologie des symptômes et aux antécédents familiaux.
Expert 8	Je suis tout à fait d'accord avec l'ensemble du document. Cependant, comme déjà évoqué en répondant aux questions, il est indispensable de bien former les médecins scolaires puisqu'ils sont les premiers à pouvoir repérer un TDAH chez un enfant étant donné qu'ils le voient évoluer en milieu scolaire. Aussi ces médecins solaires doivent impérativement former / informer le personnel enseignant en milieu scolaire puisque ceux ci sont insuffisamment formés au TDAH et peuvent se montrer impuissants, maladroits et voir même malveillants vis à vis de l'enfant Enfin les capacités financières des familles sont un élément clef de la prise en charge de l'enfant puisque les frais nécessaires à l'accompagnement par des professionnels compétents peuvent être très élevés
Expert 11	Il manque une partie sur la clinique spécifique du TDAH à l'adolescence, et donc les contenus particuliers à aborder à ces âges
Expert 12	J'ai été extrêmement déçu par l'absence de recommandations gradées, ce qui n'est pas acceptable pour des RBP. Rien n'est dit sur le mécanisme envisagé pour la mise à jour de ces RBP, sur leur implantation parmi les professionnels de la santé et les professionnels de l'éducation nationale, sur la vérification de leur implication et encore moins sur les objectifs visés. Une cotation avec la grille AGREE-II serait aussi catastrophique que pour la première version. Ceci n'est pas acceptable au regard de la qualité des lignes directrices publiées par plusieurs pays européens et autre au cours des 10 dernières années.
Expert 14	La démarche diagnostique est pas suffisamment structurée, le conners n'est pas valide en France et donc à ne pas recommander. Pas de guide sur la manière de faire un différentiel, bien dommage.
Expert 15	Recommandations très claires mais elles peuvent manquer de clarté entre les différentes recommandations à l'internationales et celles proposer en France par l'HAS
Expert 17	RAS Quelques fautes d'orthographe sont encore présentes.

Expert 20	Questions au sujet des recommandations de soins non médicamenteuse : - Psychoéducation ? OUI MAIS PAR QUI ? à préciser. - Place de la psychomotricité à définir (ou récuser) explicitement dans la prise en charge non médicamenteuse.
Expert 21	Documents bien réalisé. je regrette juste la partie étiologie qui est trop succincte. Erreur sur les niveaux de preuve pour le MPH Insister beaucoup plus sur le travail avec les équipes pédagogiques Aucun élément sur la fratrie ou sur le fait que les parents tdah pourraient aller consulter et être suivis voire traités. Que faire quand ces RECOS ne sont pas respectées par des médecins ? ou des enseignants qui ne mettent pas en place. les aménagements
Expert 22	Comme mentionné plus haut, favoriser l'accès aux établissements scolaires des ergothérapeutes libéraux pour faciliter la mise en place d'aménagements sur le temps scolaire en lien avec les besoins spécifiques du patient.
Expert 23	Il manque toute la partie 3.7 de l'argumentaire, c'est à dire la prise en charge pluridisciplinaire. Sachant que la description de Cog-fun n'est pas tout à fait exacte et que celle-ci a été prouvé efficace dans le traitement du TDAH. En effet, "le programme" n'est pas un programme mais un modèle d'intervention qui a fait l'objet de recherches pendant plus de 10 ans et qui a montré scientifiquement sont efficacité avec des méta analyses internationales (Novak&honan,2019; Cahill & Beisbier, 2020) pour les enfants de 5 à 10ans principalement. L'objectif est d'améliorer le fonctionnement de l'enfant dans son quotidien en visant une autogestion optimale tout au long de la vie en favorisant : - la prise de conscience du diagnostic et de son impact, - la prise de conscience des forces et des ressources dont disposent l'enfant et sa famille, - le développement de stratégies exécutives qui contournent et compensent les compétences exécutives déficitaires, - l'analyse d'activités et la recherche d'adaptations liées aux tâches et à l'environnement, - la définition de buts qui favorisent le fonctionnement, la participation et l'auto-efficacité de chacun. - Efficacy of Cognitive-Functional (Cog-Fun) Occupational Therapy Intervention Among Children With ADHD: An RCT Jeri Hahn-Markowitz, Itai Berger, Iris Manor, and Adina Maeir, 2016 - Impact of the Cognitive¿Functional (Cog¿Fun) Intervention on Executive Functions and Participation Among Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Trial Jeri Hahn-Markowitz, Itai Berger, Iris Manor, and Adina Maeir, 2017 - Effectiveness of Cognitive¿Functional (Cog¿Fun)Occupational Therapy Intervention for Young Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Controlled StudyAdina Maeir, Orit Fisher, Ruthie Traub Bar-Ilan, Naomi Boas, Itai Berger, Yael E. Landau, 2014 - Cognitive-Functional (Cog-Fun) Dyadic Intervention for Children with ADHD and Their Parents: Impact on Parenting Self-Efficacy Jeri Hahn-Markowitz, Itai Berger, Iris Manor & Adina Maeir 2018
Expert 26	Les recommandations sont parfois abruptes et pas en concordance avec l'argumentaire Je l'ai à chaque fois souligné Dans les recommandations, ont été omises dans les prises en charge non médicamenteuses, les rééducations qui avaient été abordées dans l'argumentaire: psychomotrice ,ergothérapique, orthophonique ,sans oublier les orthoptistes spécialisé en neurovisuel : travail autour des attentions visuelle et auditive , de l'impulsivité, de l'autonomie , de la gestion des actes de la vie quotidienne , des stratégies , de la sensorialité (après un bilan sensoriel que font beaucoup d'ergothérapeutes ou de psychomotriciens) Dans les bilans à faire systématiquement , en vue de diagnostiquer des comorbidités , j'ai déjà évoqué le dosage de la ferritine ;mais également les hormones thyroïdiennes :il n'est pas rare de diagnostiquer des dysthyroidies , sans autre symptômes que ceux du TDAH (mon expérience professionnelle ;étude TAÏWAN p 76 argumentaire: prévalence de maladie thyroidienne auto-immune 2 fois supérieure /témoins) Autre point :en prétraitement par MPH , je conseille toujours de faire un EEG; toujours dans mon expérience de traitement depuis 1991,découvertes non rares,(1 fois par an)de pointes généralisées ou focalisées , des épilepsies absence , sans signe clinique repéré en dehors du déficit attentionnel , nécessitant une décision thérapeutique ajustée (le MPH abaisse le seuil épileptogène)
Expert 29	Bravo! L'ensemble du champ du TDAH est bien pris en compte Les recommandations sont claires et très précisément formulées Il me semblerait nécessaire de lister les centres ou services spécialisés existants à l'heure de la publication
Expert 30	Clairs, argumentés, didactiques et avant tout utiles pour le clinicien
Expert 31	Faire un point plus précis sur les facteur de risque génétiques et environnementaux du TDAH

Expert 32	Attention à la ponctuation, à relire !
Expert 33	En accord total avec la globalité des recommandations devant ce trouble méconnu par les médecins de premier recours et trop médiatisé par ailleurs
Expert 35	Un grand merci et bravo pour cette avancée majeure des recommandations concernant le début de possibilité de diagnostic avant 5 ans pour les cas sévères et la diversité des thèmes abordés avec cette richesse d'analyse de multiples experts. Une grande fierté d'y avoir participer pour la première fois en tant que professionnel et concernée de très près par le TDAH.
Expert 36	Le texte général est clair et fluide, nuancé, bien présenté. Il manque les références bibliographiques
Expert 38	Un grand merci c'est très claire, si possible favoriser des choses clef en main pour que ce soit le plus diffusable et utilisable. Et privilégier ce qui est valider scientifiquement pour diminuer les dérives déjà très nombreuses dans la prise en charge du TDAH.
Expert 41	Il paraît fondamental d'insister sur un travail en collaboration entre le médecin expert du TDA/H et le médecin traitant de l'enfant, et en particulier que le médecin traitant soit informé de façon étayée du diagnostic et des modalités de la prise en charge. Trop souvent, nous (médecins généralistes) voyons en consultation des enfants TDA pour le renouvellement du méthylphenidate avec comme seul document l'ordonnance initiale. Ni compte-rendu, ni courrier à l'appui. Les médecins de premiers recours seront ceux qui vont envisager un diagnostic de TDA. L 'adressage doit être facilité avec un annuaire de référence des médecins de niveaux 2
Expert 43	Aucun, mis à part féliciter le groupe de travail qui a produit des recommandations claires, précises portant sur, a priori, tous les aspects du TDAH.
Expert 44	Nombreuses erreurs d'orthographe ou rédactionnelles (surlignées dans les documents joints)
Expert 45	1les notes répétitives sur le mot "parents" sont dérangeantes et inutiles 1x suffit 2le terme "médecins spécialisés du trouble" prête vraiment à confusion
Expert 47	Détailler les acronymes lors de leur première apparition dans le texte.
Expert 48	Si l'argumentaire est très difficile à lire dans son organisation, ses répétitions, ses absences de référence, et globalement un évident manque de synthèse dans les données, une relative impasse sur les données après 2021 (redondance de la déclaration de consensus international de la fédération mondiale), les questions posées et les recommandations apparaissent adaptées à une pratique de soin médicale mais aussi paramédicale et éducative, en dehors de la prescription médicamenteuse
Expert 49	-ajouter bilan sensoriel dans les bilans complémentaires (le bilan sensoriel peut être effectué par un ergothérapeute ou un psychomotricien, cf reco HAS) -limiter les types de professionnels pouvant faire de la psychoéducation (de trop nombreux coachs sans aucune formation paramédicale fleurissent un peu partout et prétendent accompagner les parents et les enfants, les conséquences peuvent être dramatiques...) -possibilité de commencer le PEHP même quand le diagnostic n'est pas posé, pour permettre un accompagnement des parents; adapter alors le discours -laisser la possibilité de mettre en place un PAP même si le diagnostic n'est pas encore posé (parfois plusieurs années entre le début des démarches et la mise en place effective du PAP) -RAPPELER LA PLACE PRIMORDIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE (ERGO? ORTHO ET PSYCHOMOT) DANS LA PRISE EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSE DU TDAH
Expert 51	Les recommandations dans leur ensemble sont très bien. Cependant, dans l'évaluation et les interventions, je ne vois de référence au modèle CIF qui permettrai de clarifier à la fois le recueil de donnée et également les stratégies thérapeutiques.
Expert 54	Je trouve ce texte clair, bien travaillé et plutôt exhautsif. Selon moi il manque quand même une partie concernant les recommandations face à l'utilisation des écrans chez les enfants porteurs de TDA H.
Expert 55	Les recommandations couvrent plus de domaines que les précédentes et sont vraiment bien actualisées à la lumière des connaissances scientifiques.
Expert 57	Remplacer l'anglicisme "initier" par "instaurer" (un traitement). Remplacer effets secondaires par effets indésirables
Expert 58	Plusieurs coquilles (point, parenthèses, majuscule...)
Expert 60	Il est bon de rappeler que la prise en charge du TDAH concerne non seulement des services hospitaliers mais également des spécialistes libéraux avec parfois des organisations territoriales.
Expert 61	Dans le paragraphe 1.5 des recommandations, il est indiqué que « Le TDAH se caractérise sur le plan

	cognitif par une altération des fonctions exécutives », mais il semblerait important de faire figurer que la caractéristique cognitive du TDAH est le déficit du système attentionnel (ceci n'étant pas une simple manifestation comportementale mais un déficit sur le plan cognitif également), fréquemment associé à un trouble des fonctions exécutives.
Expert 62	Précision sur comment avoir accès au recommandations préconisées : groupe, thérapeutes, plateformes de coordinations
Expert 64	Dans le chapitre épidémiologie, peut être référencer une étude "monde" plus récente (ex. polanczik 2015) Toujours dans ce chapitre, concernant les différences filles/garçons, citer la logorrhée comme "symptôme" d'agitation chez les jeunes filles, plus discret que l'agitation motrice. Sur le retentissement, insister sur la mésestime de soi particulièrement au cours de l'adolescence (années collège)
Expert 65	Commentaires généraux : Des points importants des recommandations sont à revoir : Il y a différents points de divergence entre les recommandations et l'argumentaire notamment : 1) l'absence de gradation des thérapies non-médicamenteuses est problématique ; il y a des études contrôlées randomisées et des métaanalyses pour nombre de ces thérapies.. 2) Le grade B pour le traitement psychostimulant n'est pas étayé et diffère des autres recommandations et est en contradiction avec l'argumentaire. Le traitement par MPH nécessite un grade A (RCT et métanalyses documentant l'efficacité); il n'y a aucun psychotrope (et peu de médicaments tout court) qui aient cette efficacité. Attention aux conflits d'intérêt idéologiques tout à fait repérés dans la communauté d'experts internationaux et ayant fait l'objet nombreuses critiques; (cf l'article ajouté qui cite tous les autres). 3)la mise en avant de la thérapie de pleine conscience dans les TCCE est problématique et de toute façon peu étayée. 4) les thérapies centrées sur l'enfant sont insuffisamment efficaces lorsqu'elles sont utilisées seules, elles doivent au minimum être associées à un PEHP (cf recos allemandes 2017); ce n'est pas assez clairement formulé ici. Autres points : Les PEHP pour tous ne semblent pas réalistes au vu de la faible diffusion en France actuellement ; comment y remédier ? Il serait utile de lister les manuels disponibles de PEHP en Français. La notion de "maintien" des thérapies non-médicamenteuses telle que formulée n'est pas réaliste ni compatible avec le rapport cout-bénéfice (faible) ni la nécessité de personnaliser le projet thérapeutique. La présentation et le langage employés sont souvent problématiques - le terme de "prise en charge" utilisé partout est tout à fait infantilisant et inadapté dans une conception actuelle des relations de soins. La formulation de patient TDAH est également inadaptée.
Expert 66	Ces recommandations sont claires et consensuelles
Expert 69	Le terme "Accord d'experts" après chaque recommandation est gonflant et pose question. "Experts", qu'est-ce que ça veut dire ? Les recommandations sur la PCO indiquent que vous ne savez pas comment ça fonctionne sur le terrain (ou, plus exactement, ne fonctionne pas.) De nombreuses recommandations tombent sous le sens et ont peu d'intérêt. La connaissance de la loi de 2005 sur l'égalité des chances et sur les raisons de monter un dossier MDPH comme sur l'utilité et les tenants et aboutissants d'un PPS laissent vraiment à désirer. Vous méconnaissez le rôle des AESH. Sinon, c'est un beau boulot qui a le mérite d'avoir été fait, félicitations.
Expert 72	Pourquoi les RCP HAS ne sont pas référencées, comme peut l'être le NICE ou d'autres recommandations de haut niveau? Le public devrait pouvoir être en mesure de vérifier les références utilisées par les experts.
Expert 73	Argumentaire bien mené, différents éléments pensés. Difficultés de mise en pratique au vu du nombre d'enfants concernés et des moyens médicaux..
Expert 74	Cf document de synthèse proposé en PJ.
Expert 76	Bravo pour ce travail. Inquiétude sur de nombreuses recommandations qui ne sont pas applicables en pratique, en l'état d'écriture actuel. La nécessité de dimension pluridisciplinaire pourtant évoquée en revue de littérature n'est pas visible dans la lecture de ces recommandations, et ouvre surtout la porte (en pratique) à une simplification de la pose diagnostique et un dispositif de suivi plein de bonnes volontés mais flou et peu systématique... et qui sera donc peu appliqué. La charge sur le seul médecin spécialiste est très forte et le bon suivi du patient et de sa famille ne semble dépendre que de sa disponibilité (avec des suivis recommandés tous les trimestres !). Une attention pourrait être apportée au fonctionnement concret du parcours de soin (sur quels professionnels le médecin peut s'appuyer dans le parcours diagnostique, dans le parcours de prise en charge post-diag, dans le relais avec l'école, avec la famille etc.).

Expert 77	Très bien globalement.
Expert 79	Ces recommandations brossent un tableau clair de revue de la littérature internationale et des enjeux de la méconnaissance du TDAH comme de l'absence de diagnostic. La démarche diagnostique avec l'accent clinique et pluridisciplinaire est essentielle tout comme la notion de co construction avec l'enfant l'adolescent l'adulte et les aidants pour un parcours thérapeutique efficient. Vous le mettez bien en évidence. En ce sens l'accent est aussi donné et à appuyer sur la coordination, la transversalité et le croisement des regards indispensable dans ce parcours spécifique TDAH où sont souvent associées des comorbidités avec des conséquences non négligeables. Tout est parfaitement clair. Bravo pour ce travail !
Expert 80	Non, je pesai fait au fur et à mesure...
Expert 82	N'étant pas médecin, je ne me suis pas prononcée sur les questions concernant le traitement médicamenteux. Concernant les traitements non médicamenteux, en France, ce sont principalement les psychomotriciens qui suivent les enfants et adolescents TDAH depuis toujours en complément d'approches cognitives plus récentes. Leurs approches étant multiples, en individuel comme en groupe, ils permettent à ces jeunes d'aborder dans leur construction psychocorporelle tout un registre que les cognitivistes n'abordent pas. Il me parait essentiel de garder cette indication qui de fait est très naturellement effectuée par les médecins prescripteurs.
Expert 83	OUi sur la définition de l'intervention du psychomotricien peu détaillée
Expert 84	L'approche de psychomotricité ne doit pas être supportée par la HAS dans le TDAH en l'absence de preuves d'efficacité scientifique. C'est une spécificité française que ce recours fréquent à la psychomotricité qui n'est étayé par aucune étude scientifique à ma connaissance. Il me semble que la HAS devrait prendre une position claire sur cette question. Si les recommandations de la HAS endorsent la suggestion de recourir à un accompagnement par psychomotricien, alors il est indispensable que cette suggestion aille avec un argumentaire convaincant dans le document argumentaire. A ma connaissance il n'y a pas d'argument scientifique en faveur de ces suivis.
Expert 85	En plus des champs libres de chaque item du questionnaire, je mets à disposition dans le document joint Questionnaire_recoHAS_annotations.pdf un ensemble de commentaires et propositions au fil du document. Merci d'en prendre connaissance. Ces notes éclairent ma relecture des recommandations. D'un point de vue général il me semble que ces recommandations sont encore inégales avec certains points traités avec suffisamment de précision (voir peut être un peu trop) et de profondeur, et d'autre traité de façon trop flou, imprécise, discutable ou insuffisante. Dans cette deuxième catégorie je retiendrais : - les généralités (se référer +++ aux notes en PJ) - la question des différents niveaux de diagnostic : fonctionnel, coïncident (association de TND en particulier), différentiel, étiologique - globalement la place accordée aux situations où le TDAH est associé à d'autres trouble en en premier lieux à d'autre TND, ou à des éléments d'OP par exemple. C'est majeur, il faut que ce soit plus élaboré. Il faut faire plus de lien et examiner l'impact du TDAH sur ces troubles associés et l'inverse, en particulier en termes de prise en charge. On ne peut pas se contenter de dire qu'on traite chaque trouble séparément, il faut intégrer. C'est majeur s'agissant d'un trouble aussi fréquemment "comorbide/associé" que le TDAH. - la place faite à l'arrêt du traitement en particulier médicamenteux. S'agissant de ce dernier, il ne faut pas laisser penser, sous prétexte qu'il est facile de l'arrêter du jour au lendemain (pas dangereux en effet), que c'est la modalité d'arrêt souhaitable. Il faut dire que diminuer progressivement la dose est non pertinent mais qu'on peut voir doit proposer une accompagnement structuré (stratégie des jours "sans", accompagnement renforcé pendant cette période, stratégie de compensation...). Ce n'est pas parce qu'il n'y a rien de "validé" qu'il faut éluder.
Expert 86	Désaccord total avec les recommandations concernant le diagnostic et l'usage quasi exclusif de questionnaires cliniques. Pas de différence suffisante avec les recommandations de niveau 1 (2014) pour les médecins de premier recours alors que ce sont ici les recos de niveau 2. Le rôle des structures de niveau 3 de la filière (CRA, CRTLA) n'est pas évoqué. Ces recommandations en l'état conduiront à aggraver les erreurs diagnostiques.
Expert 90	Bonne qualité globale, certains paragraphes mériteraient d'être mis en forme (gras) pour clarifier le textE. Préciser quelques part ce qu'on attend du MPH ? Je ne suis pas sûr que ce soit détaillé

Recommandation 85

Les enjeux, **objectifs et limites**, ainsi que la **population cible et les professionnels concernés** sont-ils clairement présentés ?

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Médiane : 1

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	70	13

Expert	Commentaires
Expert 1	Certaines parties de ce travail concernent directement les professeurs et professionnels de l'éducation. Il me semble important de les inclure dans les professionnels concernés dans l'idée de diffuser des informations EBM concernant le TDAH dans d'autres milieux que le TDAH et contribuer à établir des liens plus forts entre la santé et l'éducation.
Expert 12	Pas parfaitement clair, mais acceptable.
Expert 14	Manque d'un parcourt diagnostic fléché clair. La place du neuropsy n'est pas clair, et la majorité de ceux ci ne sont pas formés, risque de validation ou invalidation de TDAH sur des bases de tests psychométriques! cf page 92 et 93 de l'argumentaire : "les tests psychométrique ne détermine pas la sévérité, et ne mesurent pas précisément les déficits cognitifs." L'intérêt pour le TDAH est donc faible. Les neuropsy ont du clinique a faire. L'intérêt des tests doit être clair. CF consensus 2021. En quoi les tests vont apporter au TDAH: rien trop d'incertitudes. Faut arrêter de valoriser des bilans cher et sans grand intérêt! De plus je rappel que c'est pas gratuit! Ici on est en France, les formations des neuropsy au Canada est pas la même que en France.
Expert 15	La psychomotricité n'est pas assez valorisée. Les psychomotriciens sont au cœur de la prise en charge. Ils interviennent souvent de manière précoce et en fonction des patients en amont de l'ergothérapie (qui vient pour aménager l'environnement si besoin uniquement) ou de manière concomitante. Les psychomotriciens peuvent évaluer et prendre en charge les patients TDAH et sont des experts dans l'évaluation et la prise en charge des comorbidités (TSA, TDC, trouble graphique, repérage d'un TSLE...). Les psychomotriciens sont formés à différentes approches top down recommandées (PIFAM, COOP par exemple) Les psychomotriciens sont formés à certaines approches d'intégration sensorielles recommandées Leur champs de compétences dans la connaissance de l'enfant /adolescent et du TDAH leur permettent un enseignement: aux parents de l'approche métacognitive et aux enseignants (explication du trouble et proposition d'aménagements scolaires adaptés à l'élève et à la réalité de la classe). La prise en charge en psychomotricité permet une généralisation et un transfert des stratégies vues en séance. Les psychomotriciens sont expert en prévention
Expert 17	On parle de la formation des professionnels qui vont établir le diagnostic ; il me semble important d'ajouter la formation de tous les professionnels qui vont assurer le suivi.
Expert 21	Oui insister plus sur le corps enseignant
Expert 22	Peu d'information/précision sur le rôle des professionnels paramédicaux (ergothérapie, orthophonie, psychomotricité). Nécessité de former les prescripteurs pour la mise en place d'un suivi précoce adapté en fonction des besoins du patient et de son entourage. (Cf décrets de compétences des professionnels concernés)
Expert 23	Il manque toute une partie sur les professionnels de santé.
Expert 29	La question de la diffusion de ces recommandations et de la formation des différents professionnels se pose toujours, en particulier dans l'éducation nationale
Expert 35	Il manque une présence plus forte de l'orthophoniste en première ligne , remboursé et concerné par le développement du langage, du bégaiement (50% de TDAH) , des troubles des apprentissages et par l'accompagnement parental spécifique des programme d'Entrainement des Habiletés PArentales) et

	des groupes des habiletés sociales pour les TDAH et aussi les TSA. Il est aussi important qu'une place plus importante de réflexion communes soit laissée aux parents qui vivent le TDAH, dans la construction de ce projet d'avenir et de devenir des TDAH enfants , adolescents et adultes en devenir.
Expert 47	Préférer le terme "spécialisé" plutôt que "spécialiste" pour les médecins afin d'inclure tous les médecins formés au TDAH même ceux n'étant pas pédiatre, neurologue ou psychiatre.
Expert 49	-les recommandations ne mentionnent pas la lutte contre les dérives sectaires, pourtant fréquentes dans l'accompagnement des enfants et des parents -les recommandations ne mentionnent pas la possibilité d'être soutenu par les associations de parents d' enfants TDAH
Expert 55	Le psychomotricien est un professionnel de proximité très souvent partie prenante du soin de l'enfant TDAH, il n'est cité explicitement que dans le cas d'un TDC comorbide. Le TDAH est un trouble psychomoteur par excellence alliant des troubles perceptivo-moteurs, des signes neurologiques doux et des difficultés affectives. Depuis le premier décret de compétence des psychomotriciens (1974) l'agitation motrice fait partie des problèmes pris en charge par eux. L'inclusion des TCC, une place dans la prise en charge des troubles de la régulation émotionnelle ou encore dans les habiletés sociales, font du psychomotricien un professionnel de premier recours formé et habitué à accompagner les patients TDAH, tant enfant qu'adultes.
Expert 64	Recommandations particulièrement claires.
Expert 65	Pour espérer réduire les problématiques d'accès aux soins il faudrait clairement poser le fait que tout psychiatre et tout pédiatre doit savoir repérer, diagnostiquer et traiter une personne avec TDAH et que les médecins généralistes peuvent acquérir des compétences avec des formations post-universitaires en vue du diagnostic et (voire de l'initiation) du traitement. La formulation "médecin spécialiste du TDAH" peut décourager des psychiatres ou pédiatres de s'intéresser à cette problématique. Comment les recommandations vont-elles être implémentées dans la population cible ? avec quelles ressources ?
Expert 69	Il faudrait être plus concis, plus simple, plus direct.
Expert 74	Bémol : cf document de synthèse en PJ.
Expert 75	Ne pas oublier les pharmaciens qui sont les dispensateurs des traitements et ont un contact régulier avec le patient et sa famille
Expert 76	Très bien concernant la population cible. On devine moins bien l'articulation du médecin spécialiste avec les professionnels pluridisciplinaires (adressage, concertation, attribution des objectifs dans le parcours avec la famille et l'école).
Expert 79	Totalement précis comme je l'indique dans la précédente question Accent sur la pluridisciplinarité et la formation médicale spécifique : cible à appuyer +++ La coordination du parcours chez l'enfant n'est peut-être pas assez appuyée et pourtant elle est essentielle et bien rendue possible avec les outils dont nous disposons actuellement (notion de RCP en visio avec les milieu scolaire ou de formation) En plus du recueil par le médecin spécialiste des bilans et autres documents, des échanges formels devraient être envisagés dans les cas les plus complexes pour favoriser les choix thérapeutiques et la graduation des interventions. Cette coordination devrait être formalisée au travers d'actes médicaux et paramédicaux spécifiques dédiés et planifiés via le DMP qui comprend une interface de visio conférence (au même titre que téléconsultation)
Expert 85	Comme exprimé à plusieurs reprise, la notion de "médecin spécialiste" sous entendu du TDAH me parait plus qu'idiosyncratique... Il me semble assez inadapté de laisser penser qu'on est un médecin spécialiste du TDAH sans être un médecin qui s'est doté d'un socle de compétence suffisant sur l'ensemble des TND. C'est le cadre dans lequel doit se déployer cette compétence complémentaire, pas en soit du TDAH isolément ce qui serait hors sol, mais du TDAH au sein au minimum des TND et en lien avec eux pour toutes les raisons épidémiologiques, diagnostiques et pragmatiques largement argumentées dans le cadre de la "Stratégie...".
Expert 86	Il se dégage de ces recommandations une prédominance des professionnels de pédopsychiatrie qui n'est pas suffisamment fédératrice envers toutes les spécialités concernées. En particulier l'implication essentielle des neuropédiatres dans le neurodéveloppement n'est pas mentionnée explicitement et semble avoir été oublié? Les neurologues sont mentionnés bien qu'ils s'agissent de recommandations pour les enfants et les adolescents ce qui induit une confusion inutile.

Période d'analyse du 05/12/2023 au 15/01/2024

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

Recommandation 86

La présentation des recommandations est-elle claire et adaptée aux pratiques professionnelles ?

(Si non, proposer une formulation plus adaptée).

Médiane : 1

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	71	12

Expert	Commentaires
Expert 1	Certes les RBP n'ont globalement pas vocation à être exhaustives et devraient se limiter aux points d'amélioration des pratiques mais dans le contexte du TDAH, les pratiques sont très hétérogènes, parfois issues d'idées reçues, souvent non EBM. Ces RBP doivent donc reprendre même les points de base du TDAH afin d'établir un réel socle commun et opposable de connaissances. Dans ces recommandations, la gradation du niveau de preuve n'est actuellement pas suffisante à mon sens. tout ou presque est étiqueté "accords d'experts" alors que les niveaux de preuve sont bien supérieurs. On pourrait également optimiser le coté didactique en se mettant à la place du lecteur en recherche d'informations pratiques Certaines rubriques pourraient par exemple être présentées en tableaux (par exemple les effets indésirables des traitements et la conduite à tenir) Certaines ressources internationales peuvent être inspirantes à ce sujet
Expert 12	Difficile d'adhérer totalement à la plupart des recommandations. Je n'ai jamais utilisé la note 9 puisqu'il n'y avait aucune notion d'étayage par des données probantes et des références gradées. Une ré-écriture serait franchement souhaitable.
Expert 14	La place et rôles des différents professionnels n'est pas suffisamment exposé. La pair-aidance / pair aidance familial professionnel n'est pas cité ! c'est bien regrettable compte tenu de la littérature a ce sujet. cf fichier
Expert 15	Les enjeux et objectifs sont parfaitement clairs. Les limites du terrain sont à mon sens moyennement pris en compte (manque de médecins ou pédiatre formés au TND en général, manque de paramédicaux...ou manque de place pour les suivis) Je proposerai des nuances telles que: la mise en place d'une prise en charge doit se faire selon cet ordre.. Si impossibilité en lien avec le manque de professionnels formés: autoriser un ajustement le temps d'une mise en place plus adaptées. Ma crainte est que certains dossiers MDPH ne "passent pas" si les familles ne suivent pas les recommandations. Certaines familles n'ont pas de choix par manque de place ou de professionnels formés.
Expert 22	Idem ci-dessus
Expert 26	Globalement, oui Certains points peu clairs ont été soulignés au fur et à mesure
Expert 35	Les phrases et termes sont très claires et très bien explicités. BRAVO.
Expert 36	Il y a une discontinuité entre le texte de références et la rédaction des recommandations qui ne reflète pas toujours les nuances du texte initial. Le groupe de travail semble avoir des difficultés à trouver une rédaction consensuelle. Certaines recommandations conduisent à une interprétation différente. Je l'ai mentionné dans mes commentaires et parfois j'ai proposé une autre formulation (mais n'ayant pas lu ce paragaphe, je ne l'ai pas fait systématiquement)
Expert 38	Même commentaire que question 84
Expert 49	Dans le texte, la prise en charge recommandée se limite à la psychoéducation et au PEHP; les professionnels de santé (ergo, ortho et psychomot) sont mentionnés uniquement dans les bilans.

	Rappeler également que la PCO permet le financement des soins non conventionnés
Expert 55	Formulation totalement limpide pour les professionnels.
Expert 64	Les recommandations sont claires, quelques tableaux plus ardus à lire. Certains sont néanmoins d'une importance capitale comme celui concernant les éléments cliniques à l'entretien initial (2.4.4) ou les diagnostics différentiels/comorbidités (2.4.5)
Expert 65	La formulation des certaines recommandations est à réviser (cf commentaires point par point et dans le pdf commenté). Il y a une ambiguïté importante dans le texte (des recos et de l'argumentaire) car on fait comme s'il existait officiellement de centres spécialisés en TDAH or il y a peu de centres avec des labels officiels (le CReDAH) et tout cela n'est pas financé. Il faudrait décrire les obstacles et facilitateurs de l'application des recommandations. Quelles ressources sont-elles nécessaires ? Quels sont les critères d'évaluation des recommandations ? quant est-il prévu de mettre à jour les recommandations ? Comment le groupe a-t-il tenu compte des opinions et préférences des personnes concernées par le TDAH ? Les procédures de télémédecine décrites (notamment la téléconsultation assistée) sont dépassées et inadaptées au fonctionnement en période de confinement par exemple. Elles semblent plutôt convenir aux personnes âgées ou très handicapées.
Expert 69	Vous ne prenez pas en compte le désert médical des professionnels du TDAH et des troubles des apprentissages.
Expert 74	Pour la plupart oui, les réserves renvoient aux éléments indiqués dans le document de synthèse qui devraient venir nuancer certaines recommandations.
Expert 76	Peu de notion de pluridisciplinarité. Charge immense sur le médecin spécialiste qui, en pratique, ne pourra pas assurer le respect et la mise en œuvre de l'ensemble de ces reco.
Expert 79	De manière générale, très claire et adaptée
Expert 84	Dans la partie Contexte d'élaborations : * La phrase "Le TDAH fait partie des troubles du neurodéveloppement et il partage avec ces troubles un déficit ou un retard des compétences acquises au cours du développement (en particulier, concernant les apprentissages et le contrôle émotionnel)." est incorrecte. Bien que des difficultés de régulation émotionnelle soient fréquemment associées au diagnostic de TDAH, ils ne le sont pas systématiquement. De même, les apprentissages peuvent être préservés dans certains cas. Je suggère de retirer cette phrase. *D'une manière générale, le texte présente des problèmes dans les positionnements des virgules. Il faudrait qu'il soit relu et corrigé pour une meilleure lisibilité. Par exemple "L'accès à un diagnostic formel de TDAH et à une prise en charge précoce, est un enjeu majeur afin de ne pas conduire à une aggravation des conséquences psychologiques, scolaires et sociales chez l enfant" La virgule après précoce est incorrecte ici en français *"Ces recommandations concernent aussi tous les professionnels exerçant dans le domaine de la santé ayant à intervenir auprès d'enfants et d'adolescents TDAH" Il me semble important de ne pas essentialiser le trouble en parlant d'"enfants ou adolescents TDAH" dans un texte de recommandations publiques. Préciser "avec un diagnostic de TDAH", ou a minima "avec un TDAH". Dans la partie 1.1 Définitions "Il se caractérise par des symptômes d inattention et d impulsivité, accompagné ou non de symptômes d hyperactivité, d intensité inappropriée par rapport à l âge de développement. " La disjonction proposée entre inattention et impulsivité d'une part, et hyperactivité d'autre part, n'est pas correcte. Il existe des tableaux purement inattentifs sans hyperactivité ni imulsivité. Aussi correctif proposé : "Il se caractérise par des symptômes d'inattention, d impulsivité et/ou d'hyperactivité, d'intensité inappropriée par rapport à l âge de développement" La partie sur 1.5 Etiologie est actuellement très pauvre et de faible valeur scientifique. 2.4 Cette partie est trop imprécise je trouve "Le diagnostic du TDAH doit reposer sur une évaluation multi-sources, qui incluera : -Des questionnaires remis aux parents et aux enseignants pour évaluer la présence de la symptomatologie dans l'espace du foyer et de l'école -Un entretien diagnostic structuré de type Kiddie-Sads, mené en présence du parent (si possible des deux), et de l'enfant si ce dernier est en âge de fournir des informations pertinentes sur son comportement"
Expert 86	1/ Pas pour l'arrêt du traitement médicamenteux qui n'est pas traité suffisamment clairement. (confusion entre Effets indésirable et fin du traitement).

Nombre d'experts sélectionnés : 115 personne(s) Nombre de questionnaires validés : 90 questionnaire(s)

	2/ D'après le texte on dirait que tous les patients restent TDAH à l'age adulte et doivent forcément être pris en charge en psychiatrie adulte pour continuer le traitement médicamenteux à vie? Ce n'est pas la réalité terrain ni conforme à la littérature.

Recommandation 87

Avez-vous des commentaires généraux à formuler concernant **l'Argumentaire** ?

Médiane : 2

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	35	48

Expert	Commentaires
Expert 1	Gros travail de compilation des données actuelles de la science avec adaptation aux particularités françaises Il me manque des notions sur la motivation et l'autodétermination des patients TDAH, l'amélioration de l'observance, l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs familles.
Expert 4	Il y a encore beaucoup de fautes de français et de frappes à corriger selon les chapitres
Expert 5	La mise en évidence du coût sociétal du TDAH est très intéressante+++
Expert 7	Je supprimerai la CTMEA des recommandations mais je laisserai le texte à son sujet dans l'argumentaire en notant que la classification ne permet pas de reconnaitre le TDAH comme un trouble neurodéveloppemental. Je proposerai de mieux différencier causes et mécanismes dans les facteurs étiologiques Causes: Génétique et Environnementale: Facteurs périnataux (les 1000 jours) Mécanismes: Neurobio, Neurophysio etc.. Environnementaux (événements de vie négatifs) "Le diagnostic des enfants doit donc être effectué par des spécialistes de l'enfance tels que des pédopsychiatres ou des psychologues/neuropsychologues??? pour enfants". Les médecins généralistes n'ont peut être pas le temps d'effectuer l'évaluation recommandée mais les psychologues n'ont pas les connaissances médicales pour éliminer des troubles somatiques, sensoriels, endocriniens, génétiques... Un bilan de la cognition sociale peut être intéressant: il peut être perturbé chez un enfant/ado avec un TDAH EN DEHORS d'un TSA comorbide, et peut générer un retentissement social majeur.
Expert 12	cf. document joint Je ne comprends pas comment un document de travail sous l'égide de la HAS: - Peut ne contenir aucune source gradée - Peut citer des lignes directrices d'autres pays sans dire sur quelles sources elles s'appuient. Cela est d'autant plus problématique que le CADDRA-4, pour en citer que ce document, a été publié en 2018 et n'a pas encore été remis à jour¿ L'organisation de l'argumentaire est lourde avec des redites et des répétitions qui ne facilitent pas la lecture.
Expert 14	Trop de promotion en faveur des neuropsychologues, faut arrêter de les protéger! C'est du clinique que l'on demande, et ils peuvent très bien le faire! Un neuropsychologue est pas une machine a test! Si les médecin savent pas faire du clinique, c'est un problème de temps et de formation! Les tests de qi et tests attentionnels dans le cadre du TDAH ne sont pas des indicateurs fiables, sa fait plus de 10ans que on le sait! Les tests ne doivent en aucun cas influencer les médecins dans la prise de décision de la présence d'un TDAH ou non.
Expert 15	A la fin de chaque partie faire un récapitulatif clair des recommandations Française (il n'est pas toujours présent)

Expert 21	Beaucoup moins. clair Certaines parties sont confuses partie diagnostic notamment alors que les recos sont plus claires. Chapitre diagnostic trop long avec beaucoup de répétitions Partie étiologie pas assez développée au niveau neuropsycho L'attachement, le tempérament sont survolés Il existe des contradictions pour les abus de substance par exemple selon les parties Les règles hygiène-D se retrouvent à plusieurs niveaux dans la partie PEC Sur la forme des fautes d'orthographes, de ponctuation, la Biblio est relatée de manière très différente selon les parties Ce doc méritent encore un certain travail et ne peut être validée en l'état. Voir les annotations dans le document pdf
Expert 23	Pourquoi les niveaux de preuves grade A, B, C n'apparaissent pas sur les recommandations ou comme "accords d'experts" C'est dommage et ça donne le sentiment d'un travail bâclé alors que les arguments sont présents.
Expert 26	De nombreuses études sont mentionnées sans référence citée. Exemple : une étude à Taiwan ... Sans doute se trouvent-elles dans la bibliographie à la fin du document , mais on n'a pas le numéro p 42 il faut citer le réseau mode par défaut en lien avec la vigilance p 43 . dans le modèle de Barkley , il s'agit de la mémoire de travail non verbale , le langage intérieur est lié à la mémoire de travail verbale p 52 exposition aux écrans . pas d'étude citée . j'ai donné quelques références dans le recommandations p 54 2 DIU en France; Vous pourriez les citer p 57 : il faudrait remplacer apnées du sommeil par troubles du sommeil (qui est plus large) p 65 bilans à faire , mon avis d'expert : doser ferritine et hormones thyroidiennes et faire un EEG , argumenté précédemment .J'ai vu des enfants dont le TDAH s'améliorait avec le traitement martial(à chaque chute de la ferritine , dégradation de la symptomatologie) p 72 pour le TDC : indication d'un bilan psychomoteur ET/OU ERGOTHERAPIQUE p 76 ne sont pas cités dans les troubles du sommeil le syndrome de jambes sans repos , les mouvements périodique du sommeil Martin 2019 Lopez Médecine du sommeil vol 12 p 18 2015 Elsevier Masson p 79 Attention , le haut potentiel n'est pas obligatoirement un diagnostic différentiel , il peut être associé au TDAH Il est préférable de dire : évaluer les comorbidités et/ou les diagnostics différentiels (HP,troubles de l'apprentissage ...) p 83 enfants défavorisés : réaction normale à un contexte anormal ; Attention à ne pas réduire le TDAH au contexte . Il peut être réel , mais aggravé par ce dernier les spécialistes de l'enfance : citer également les pédiatres et les neuro pédiatres p 84 -Altération significative du fonctionnement pour établir le diagnostic ? or ,il existe par définition (DSM5) ,des formes légères , que nous ne voyons probablement pas en consultation , car socialement adaptées -Comorbidités ET/OU diagnostics différentiels p 91 consultation des bulletins scolaires , et des cahiers et travaux p 101 les ergothérapeutes font aussi souvent des profils sensoriel avec un travail autour de la sensorialité ; de même pour les psychomotriciens p 105 On pourrait rajouter l'échelle HAD , échelle-anxiété dépression p 107 - On pourrait dire les 40 dernières années (références biblio communiquées précédemment) -les enfants avec TDA et non TDAH n'ont pas forcément d'hyperactivité p116 il est cependant proposé une étape école dans le programme Barkley en vue de le généralisation au milieu scolaire p 117 remise en question des recommandations de la NICE concernant la limite d'âge à 11 ans du programme Barkley ; argumenté plus haut p 130 - le PAP peut être également demandé par les parents , le médecin coordonateur des soins , du suivi de l'enfant - : l'EPE de la MDPH rédige le projet ; ne serait-ce pasl'ESS ? avec l'adolescent : plutôt l'enfant p 131 pourquoi la dictée aménagée si l'enfant n'a pas de troubles du langage écrit ? de même la secrétaire ,sauf si l'enfant a besoin qu'on lui reformule ou d'être recentré, ou s'il a des troubles associés Cela doit être apprécié au cas par cas p 147 critiques concernant l'orthoptie : -Vous n'avez pas encore exploité les données de la littérature -Les études citées portent essentiellement sur l'eye-tracking les orthoptistes ,en rééducation , entraînent également les fonctions visuospatiales et visuo attentionnelles . Il peut y avoir un impact clinique au cas par cas

	Concernant les médecines complémentaires, qu'en est-il de l'EFT , la cohérence cardiaque , la neurostimulation cérébrale , l'EMDR ? sujet évoqué précédemment p 153 parfois les psychomotriciens font également des profils sensoriels avec une prise en charge autour de la sensorialité p 172 dans l'étude de CHEN , probable erreur :comparés à ceux avec TDAH SANS traitement et non avec traitemenp174 critique concernant l'étude MTA : on ne connait pas la posologie du MPH à distance , a-t-il été ajusté au poids en grandissant ?
Expert 28	Très intéressant. Remet les connaissances à jour et donne du recul sur les pratiques actuelles. Selon mon expérience, le TDAH est souvent confondu avec un trouble des fonctions exécutives. Les bilans neuropsychologiques remplacent souvent un vrai diagnostic, établi par un médecin. Est-ce le travers de l'état du soin ? Comme la psychiatrie est un secteur en crise comment trouver un médecin formé qui fait un diagnostic ? Il faut cependant que l'accompagnement puisse se mettre en place
Expert 35	Dans la partie de l'Argumentaire, il m'a manqué une partie sur les TCCE (groupes d'habiletés sociales) sont aussi pratiqués et remboursés par les orthophonistes. De même, les PEHP peuvent aussi être pratiqué individuellement lors de l'accompagnement parental orthophonique en séance individuelle efficace, en attendant la possibilité d'effectuer des séances de groupes de parents sur la communication. Sinon, la partie argumentaire est très riche, bravo pour toute cette quantité d'informations aussi , j'ai appris beaucoup. Après on peut aussi toujours se poser la question de l'exhaustivité des articles comme toute recherche et aussi de la clinique différente notamment pour les effets observés en clinique de la remédiation cognitives et du neurofeedback.
Expert 36	Cet argumentaire est systématique et bien développé. Pour le lecteur rapide, il aurait été intéressant d'avoir une synthèse un peu dialectique avec une présentation des points de consensus et de dissensus. Les avis d'experts sont nombreux et dans ce domaine multidisciplinaire, les "données de la science" et leur validité échappent parfois au jugement.
Expert 44	Corrections orthographiques et rédactionnelles à apporter
Expert 45	On parle peu du fléau des abus sexuels qui concerneraient au moins 10% des enfants donc diagnostic différentiels difficiles+++
Expert 48	Cf ci -dessus 'argumentaire est très difficile à lire dans son organisation, ses répétitions, ses absences de référence, et globalement un évident manque de synthèse dans les données, une relative impasse sur les données après 2021 (redondance de la déclaration de consensus international de la fédération mondiale),
Expert 49	Confusion ergo/psychomot: Le bilan psychomoteur ne permet pas d' évaluer l' environnement, c' est le rôle propre de l' ergothérapeute (cf décret de compétence et référentiel d' activités)
Expert 51	La partie ergothérapie cite deux interventions : - l'approche Cognitive Orientation to daily occupational performance (CO-OP) qui est également utilisé par les psychomotriciens. Si cette technique est cité dans la partie ergothérapie, elle doit l'être dans la partie psychomotricité. - le Programme COog-Fun. Un pendant au Cog-fun, programme ciblant le niveau activité-participation de CIF pour le TDAH appelé R-PFE en psychomotricité et manualisé en français (Madieu, E., & Swiatek, C. (2018). Programme Rééducation fonctionnelle psychomotrice des fonctions exécutives de l'enfant et de l'adolescent : TDAH et troubles exécutifs. De Boeck Superieur.) existe et devrai également être cité. Ce dernier programme sera l'objet d'un programme PHRIC pour évaluation d'efficacité dans le prochaines années.
Expert 52	Quelques coquilles orthographiques et syntaxiques au fil du texte, qui donne une impression générale d'hétérogénéité rédactionnelle
Expert 53	Recommandation N°20 : ajouter le bilan neurovisuel aux bilans susceptibles d'être prescrits en fonction des signes d'appels
Expert 55	Il faut impérativement faire une relecture pour l'orthographe et la mise en forme. Certaines parties n'ont même pas été rédigées. J'aurais souhaité insérer le fichier argumentaire avec tous mes commentaires mais il est bien trop volumineux.
Expert 58	3.7.3 En psychomotricité L'examen psychomoteur a pour cible les fonctions psychomotrices et la motricité du sujet en relation avec son environnement (milieux social et physique), sa vie psychique, affective et relationnelle. Le bilan psychomoteur porte sur le développement psychomoteur du sujet. L'organisation psychomotrice, constituée de plusieurs paramètres fonctionnant en synergie, est ainsi évaluée :

	- L'activité neuro-motrice qui dépend des lois de développement et de la maturation neurologique (tonus musculaire, équilibre entre coordination/dissociation, équipement sensoriel et moteur, latéralisation). - La dimension sensori-perceptivo-motrice et affective, à partir des interactions corps-environnement, va influencer la qualité de la posture, le tonus, la gestualité intentionnelle et permettre l'organisation du schéma corporel en lien avec l'image du corps. - La dimension cognitive qui conduit le sujet à intégrer et à maîtriser la relation qu'entretient son corps avec l'espace et le temps. - La dimension de l'identité qui se construit dans l'interaction du sujet avec son environnement (familial et social). Le bilan s'appuie sur l'utilisation d'outils standardisés (échelles, tests, questionnaires) ainsi que sur l'observation cliniques. L'analyse de ces différentes dimensions psychomotrices permet la prise en compte d'une possible pluralité étiologique des troubles psychomoteurs et permet de définir les objectifs thérapeutiques dans le cadre du suivi en psychomotricité. La thérapie psychomotrice s'appuie sur ces dimensions, pour apporter au sujet des outils lui permettant de trouver un équilibre dans son quotidien et ses sphères de vie (affectives, scolaires, personnelles, professionnelles). L'examen psychomoteur est utile en cas de suspicion de TND, notamment de Trouble Développemental de la Coordination.
Expert 60	Il faudrait recommander que l'ensemble des troubles neuro-développementaux en général et le TDAH soit pris en charge dans le cadre d'une ALD 31 de façon claire avec une décision nationale. De nombreux médecins conseils de CPAM refusent cette prise en charge pouvant entrainer un renoncement aux soins.
Expert 61	Paragraphe 1.2, page 12, le TDAH est caractérisé par « des symptômes d'inattention avec ou sans symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité » mais selon le DSM les symptômes d'inattention ne sont pas obligatoires, il devrait donc être écrit « des symptômes d'inattention et/ou des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité » Paragraphe 1.2, page 12, « La présentation clinique la plus fréquente en population est le type mixte, associant les trois dimensions de symptômes » : l'hyperactivité/impulsivité constitue une unique dimension à ma connaissance, il faudrait donc indiquer « les deux dimensions de symptômes » Paragraphe 1.4.2, page 24 : dans le paragraphe Afrique, il y a une anomalie dans l'IC qui est rapporté : 7,47 % (IC à 95 % 60¿9,26) Paragraphe 1.4.5 page 28 : « Il en résultait que l'année d'étude n'avait pas d'impact significatif sur les estimations de prévalence, et ce sur les 30 dernières années, lorsque ces éléments étaient pris en compte. » quels éléments pris en compte ? Les troubles des apprentissages doivent bien être inclus parmi les troubles du neurodéveloppement (par exemple 2.2.1, p. 70) Le TDAH inclut de façon inhérente des difficultés dans la communication sociale, qui apparaissent par définition dans certains critères diagnostiques (apparent défaut d'écoute, prise de parole excessive, non-respect des tours de parole). Les difficultés pragmatiques sont de plus en plus reconnues comme caractéristiques du TDAH, au-delà d'éventuelles fragilités langagières formelles, et contribuant aux difficultés sociales que rencontrent ces enfants et adolescents (Green et al., 2014 ; Staikova et al., 2013 ; Carruthers et al., 2022 ; Korrel et al., 2017). L'argumentaire devrait rappeler ces éléments, et la pertinence du recours à l'orthophonie pour leur évaluation lors du diagnostic afin de caractériser le profil et d'étayer le diagnostic (partie 2.6.6, qui pourrait évoquer plus généralement les « bilans complémentaires » et pas uniquement neuropsychologique), et pas seulement pour rechercher d'autres troubles du neurodéveloppement (trouble du langage, trouble des apprentissages, partie 2.6.7). Parallèlement, ces points pourraient être évoqués sur le versant intervention dans la partie 3.3. Bien que peu d'études aient évalué l'efficacité d'interventions ciblant ces difficultés spécifiquement dans le TDAH (cela devraient donc être spécifiées dans le paragraphe 3.8.1), les difficultés pragmatiques de façon plus générale peuvent être limitées par des interventions mobilisant différentes approches (comportementales, sociales-pragmatiques ou cognitives-linguistiques) (voir par exemple Aldulais et al., 2023, pour une revue). Les orthophonistes sont les professionnels de santé en première ligne pour l'évaluation et l'intervention dans ce domaine. La partie orthophonie de l'intervention (3.7.2) est un copié-collé du paragraphe qui figure dans la rubrique évaluation diagnostique (2.6.7), il y a manifestement une erreur.
Expert 64	Argumentaire fouillé, précis. J'ai signalé le manque de la question autour de la prescription de mélatonine. question que peuvent se poser les praticiens.
Expert 65	Comme déjà évoqué, les recommandations ne sont pas toujours en lien avec l'argumentaire. L'argumentaire doit être retravaillé car il est très hétérogène selon les sections. La méthodologie de l'extraction de données et des critères de sélection du niveau de preuve ne sont pas explicitées.

	La description de forces et limites des études existantes n'est pas toujours réalisée. Il y a des redites, des sections trop longues (prévalence), des références manquantes. Certaines données scientifiques sont appuyées uniquement sur d'autres recommandations (Cf section génétique) sans citation de la référence source. Je ne peux pas ajouter le fichier commenté (trop lourd) mais je vais le faire parvenir par mail. Idem pour de nombreuses références que je ne peux pas insérer via la plateforme.
Expert 68	Le texte figurant page 101 et décrivant le bilan psychomoteur a été purement et simplement copié collé dans le point 3,7,3 (page 153) en lieu et place d'une description de l'intervention du psychomotricien. Il s'agit là très probablement d'une erreur, aussi je me permets de vous joindre directement le texte qui doit le remplacer, celui-ci étant directement issu des travaux de la profession sur ses référentiels et faisant donc consensus entre l'ensemble des instances représentatives et organisatrice de notre profession
Expert 69	Chaque spécialiste d'un trouble fait la même erreur et ne perçoit les problèmes que par le prisme de son trouble. Par exemple, les difficultés de gestion des émotions, de planification dans le temps, d'organisation, d'anticipation et d'abstraction sont le privilège du TDC - Trouble Déficitaire de la Coordination (ex Dyspraxie). La flexibilité cognitive ainsi que la planification de l'action et l'angoisse sont aussi ses privilèges. Voilà pourquoi il est absolument indispensable de faire le tour complet de l'enfant et de ne surtout pas le saucissonner au regard d'un spécialiste d'un trouble. La description du trouble du TDAH, dans l'argumentaire, n'est pas - à mon sens - tout à fait exact. D'autre part, la connaissance de la loi de 2005 sur l'égalité des chances est insuffisante ainsi que la connaissance du montage et des raisons de ce montage de dossier à la MDPH.
Expert 74	Cf document de synthèse en PJ.
Expert 76	Recommandations à vocation principale des professionnels hospitaliers. Or, au regard de l'embolie des services de centres experts, et parce que l'ensemble des enfants n'en relève pas, un soin particulier au parcours de ville (ne serait-ce que pour mettre en place les premières recommandations) aurait été apprécié et est attendu par les familles, de façon très concrète. Sur le plan des détails du fonctionnement cognitif dans le TDAH, la présence d'un neuropsychologue expert chez l'enfant, avec un ancrage clinique et universitaire, aurait été souhaitable au sein du groupe d'expert et aurait permis d'optimiser la présentation théorique des fonctions exécutives (qui n'est pas toujours correcte ici) et les attentes de la démarche de l'examen neuropsychologique qui ne se limite pas à l'utilisation aléatoire d'outils. C'est dommage car l'articulation de l'expertise médicale et du bilan cognitif favorise une démarche diagnostique plus assurée et une optimisation dans l'organisation des prises en charge et des aménagements.
Expert 77	Trois problèmes : 1) dans l'historique il est fermé à tord que les références de la pédopsychiatrie française est essentiellement psychanalytique. Cela reprend les poncifs ressassés actuellement mais est une contre vérité historique. Même si le regard psychanalytique est une obligation légale des textes fondateurs du secteur, les publications de l'époque témoignent que c'est une approche pluridisciplinaire intégrant la neurologie, les rééducation, etc qui fondent l'approche de la pédopsychiatrie française. Deux référence : une pour taper dans la période cible (Ajuriaguerra Manuel de psychiatrie de l'enfant 1974.. pour le commentaire américain voir https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/manuel-de-psychiatrie-de-lenfant-by-j-de-ajuriaguerra-pp-1096-f195-masson-paris-1974/7BAFDE28217E8C32F79F2755C4C725DE; Un pour l'histoire Pierre Male Psychothérapie de l'adolescent où il explicite cela noir sur blanc. Cela doit être modifié. 2)trop souvent les données des études sont présentées avec les scores des différences de moyenne et écart type mais sans que la nature du critère d jugement ou l'échelle utilisée ne soit précisée, si bien que ce score n'a aucun sens clinique et qu'on ne peut pas réellement comparer une technique avec une autre. 3)On aurait aimé l'exploration des données sur le programme PIFAM qui est assez utilisé à ma connaissance
Expert 79	Déjà évoqués ci-dessus
Expert 84	La question de l'efficacité de la psychomotricité n'est pas posée alors qu'elle devrait l'être à mon sens. -- Dans la partie TCCEs, la phrase : "Les TCCE sont pratiquées par des psychologues ou par différents professionnels de santé dont les psychomotriciens et les ergothérapeutes" me semblent induire une grande confusion. Les TCCEs doivent être pratiquées par des personnes qui ont fait une formation officielle de TCC et sont thérapeutes TCCs certifiés. La méta-analyse de Ojinna et al 2022 sur les TCCEs est une méta-analyse publié dans un journal de très faible qualité qui mélange dans les 6 études mentionnées une étude sur l'accompagnement des

	enseignants à des techniques comportementales, une étude avec un groupe barkley + activité pour l'enfant, une étude sur l'agressivité en lien avec le TDAH. Je trouve que ce n'est pas une bonne référence pour étayer cette partie. Je supprimerais cette référence qui me semble problématique. Je découperais la partie en : -TCCEs pour les problématiques d'impulsivité émotionnelle (colère, agressivité) associées -TCCEs pour les problématiques anxieuses associées -TCCEs pour l'organisation scolaire et les compétences scolaires Et dans cette dernière partie je citerais les recherches autour du programme HOPS https://www.researchgate.net/publication/346965752_The_Homework_Organization_and_Planning_Skills_HOPS_Intervention_Homework_Organization_Time-Management_and_Planning_OTMP_Deficits_and_ADHD à l'adolescence
Expert 85	Je ne peux pas ici rentrer dans le détail, c'est une remarque globale, l'essentiel de mes commentaires concerne les reco.
Expert 86	1/ Les recommandations en l'état n'apportent pas de recommandations suffisantes pour une prise en charge adaptée au niveau 2 de la filière. L'entretien clinique avec les parents et l'enfant et les questionnaires d'orientation subjectifs ont fait l'objet de recommandations HAS pour le niveau 1 en 2014. On s'attendait ici à plus que cela et notamment à des recommandations pour garantir une confirmation du diagnostic par les professionnels adaptés (pédopsychiatres, neuropédiatres, neuropsychologues, orthophonistes principalement) qui constituent les spécialistes du TDAH vers lesquels le médecin de premier recours doit pouvoir se tourner pour obtenir une confirmation de ses présomptions et une prise en charge adaptée. 2/ Le terme de neurologue est utilisé plusieurs fois dans le texte des recommandations. S'il s'agit d'enfants et d'adolescent le neurologue adulte n'est pas adapté. S'agit-il plutôt des neuropédiatres? La discipline de neuropédiatrie est officielle depuis la création de l'option. Les compétences des neuropédiatres en matières de neurodéveloppement ne devraient-elles pas être mieux exploitées ici notamment s'agissant du niveau 2 et moins confondues avec celles de pédiatres?
Expert 90	Bonne qualité globale, certains paragraphes mériteraient d'être mis en forme (gras) pour clarifier le textE.

Recommandation 88

Les informations scientifiques pertinentes sont-elles présentées ?

(Si non, merci de nous envoyer les articles manquants ou de nous mentionner les références de ces articles).

Médiane : 1

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	65	17

Expert	Commentaires
Expert 1	Dans l'argumentaire oui mais pas dans les RBP à ce stade du travail (un complément ci joint sur le PSFP programme de soutien aux famille et à la parentalité)
Expert 12	Les références bibliographiques n'étaient pas jointes au document PDF. Comment peut-on demander aux lecteurs d'évaluer leur pertinence? J'ai téléversé plusieurs articles qui me semblent pertinents mais la limite de 5Mo a été rapidement atteinte. La méthodologie utilisée pour la gradation des références n'est pas présentée. C'est une erreur grave pour des RBP qui, du coup, revendiquent des "accord d'experts".

Expert 14	Aucune référence scientifique présente de réel intérêt au tests psychométriques, autre que du différenciel en cas de doute de DI, ou pose d'hypothèse d'autres difficulté (visuo-spacial, troubles des apprentissages...) bien que des orthophonistes ou des orthoptistes peuvent donné déjà un avis. Les bilans doivent être remboursé et utile pour répondre a des symptômes, des gênes etc...
Expert 21	Globalement oui sauf sur le chapitre étiologie
Expert 23	J'ai rajouté des références tout au long des commentaires, cependant les pièces jointes sont trop volumineuses j'ai donc dû les supprimer.
Expert 26	Je vous ai joint quelques articles peut-être utiles Il manquait dans la partie génétique et environnement, le rôle potentiel des rétrovirus endogènes(Balestrieri Int J Mol Sci 2019,Pitzianti Frontiers in Psychiatrie 2020) et du microbiote intestinal (Mathee Journal of Medical Microbiology 2020)
Expert 28	Très intéressant
Expert 31	En PJ mes remarques
Expert 35	Articles ont été rajoutés mais j'espère qu'ils ont été bien enregistrés.
Expert 36	Un point de présentation générale sur les orientations de la recherche dans les différentes disciplines serait intéressant. Je n'ai pas eu le temps de remettre à jour certains éléments bibliographiques.
Expert 38	Mais peut être donné les liens pour les articles de validations des PEHP
Expert 47	Concernant l'addictologie : mettre davantage en exergue la surreprésentation des personnes ayant un TDAH (jusqu'à 20% versus 3-5%). Dans cette thèse, en page 39 : "En 2019, la prise en charge des consommateurs en CSAPA représente 20% des motifs de consultations, soit une file active supérieure à 61000 de patients (89)" ; la référence 89 correspond à : Cannabis - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis Cet article du Monde évoque également ce problème : https://www.lemonde.fr/sciences/article/2022/03/21/tdah-et-addictions-jusqu-a-un-tiers-des-patients-concernes_6118520_1650684.html
Expert 48	Impasse sur les publications après 2021
Expert 49	Manquantes : -confusion rôle propre ergo/psychomot -rôle des professionnels de santé de ville dans les thérapies non médicamenteuses -manque paragraphe sur les dérives d' accompagnement (coach de vie, gourou, naturopathie, pratique illégale de profession paramédicale)
Expert 51	De manière générale oui. Merci d'ailleurs pour les dernières recommandations australiennes de 2022. La revue systématique de Novac (2019) permettrait de préciser certains principes actifs d'approche non médicamenteuses d'intervention.
Expert 53	La revue de littérature sur les comorbidités neurovisuelles est superficielle et insuffisante (paragraphe 3.5.2). Attention et vision sont fonctionnellement et neuropsychologiquement fortement intriqués, en sous-estimer l'importance me semble une erreur.
Expert 55	Dans l'ensemble les recherches avancées sont actuelles
Expert 64	Fait dans le texte
Expert 65	Il est difficile d'ajouter les articles sur Graal, souvent c'est trop volumineux ; j'ai inclus les références quand je pouvais, les autres sont sur les pdf commentés.
Expert 69	Je ne sais pas répondre
Expert 71	Il manque qq lignes sur la comorbidité avec le trouble développemental du langage dans l'argumentaire scientifique Mueller, K. L., & Tomblin, J. B. (2012). Examining the comorbidity of language disorders and ADHD. Topics in language disorders, 32(3), 228¿246. 278. Sciberras, E., Mueller, K. L., Efron, D., Bisset, M., Anderson, V., Schilpzand, E. J., . . . Nicholson, J. M. (2014). Language Problems in Children With ADHD: A Community-Based Study. Pediatrics, 133(5), 793-800.
Expert 72	Cf. Remarque au dessus. Les références qui appuient les avis et recommandations ne sont pas fournies.
Expert 74	Les réserves portent sur la définition et l'évaluation des fonctions exécutives/attentionnelles et sur les stratégies d'examen et le bilan neuropsychologique tel qu'il est présenté, cf document de synthèse proposé.
Expert 76	Absolument ! (Ainsi que dans l'argumentaire assez remarquable). C'est pourquoi on note un décalage

	entre l'argumentaire très fourni et pertinent et des recommandations qui, par synthèse, semblent parfois être en contradiction.
Expert 77	Les études pertinentes sont bien là, mais les critères de jugement ne sont pas précisé (sauf exception) ce qui fragilise la présentation des données d'efficacité
Expert 85	Je ne peux pas ici rentrer dans le détail, c'est une remarque globale.
Expert 86	Données de neuropsychologie sur l'évaluation des fonctions attentionnelles et exécutives.
Expert 90	Peut être ajouter un "disclaimer" au début disant que la majorité des reco se basent sur accords d'experts en l'absence d'études solide ?

Recommandation 89

D autres informations seraient-elles utiles ?

(Si oui, préciser lesquelles).

Médiane : 2

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	36	45

Expert	Commentaires
Expert 1	Il me manque des notions sur la motivation et l'autodétermination des patients TDAH, l'amélioration de l'observance, l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs familles. Ainsi que sur la présence de difficultés d'intégration sensorielle dans le tdah
Expert 7	Merci pour ce gros travail qui va être très utile pour une meilleure prise en compte des besoins des patients avec un TDAH!!
Expert 8	Si le WISC et le bilan attentionnel sont des bilans indispensables pour établir le diagnostic (ces bilans étant systématiquement réalisés en ville et a un prix élevé : au moins 500€ chaque bilan)
Expert 9	Ce ne sont pas des informations dont je voudrais vous faire part, mais plutôt des observations et des propositions. Il est nécessaire et urgent de porter une attention particulière à la formation obligatoire de TOUS les enseignants puis à l'obligation de mise en place des recommandations et aménagements préconisés au sein de l'Education Nationale pour les élèves avec un TDAH. Il y a encore trop de préjugés et de stigmatisation qui émanent des enseignants, parfois même de harcèlement et malheureusement c'est souvent l'omerta. Il est également urgent de mettre l'accent sur la formation de TOUS les professionnels de santé, afin que le diagnostic différentiel devienne effectif quand nécessaire afin d'éviter une errance diagnostique de plusieurs années parfois, et de mettre en avant les 2 autres symptômes du TDAH : trouble de régulation émotionnelle et trouble des fonctions exécutives, même s'ils ne figurent pas dans les classifications officielles. Il est nécessaire et urgent d'uniformiser le traitement des dossiers par TOUTES LES MDPH et donc de former TOUS les agents, car là encore, trop de disparités sur le territoire qui portent préjudice aux familles. Enfin, il serait bienvenu que la France s'ouvre réellement aux thérapies alternatives, sophrologie, méditation de pleine conscience d'ailleurs recommandé par des spécialistes du TDAH, hypnose, kinésiologie, neurofeedback dynamique,... (malgré que nous n'ayons pas de preuves scientifiques) et qui s'avèrent être parfois plus efficaces qu'un suivi psychologique par exemple.
Expert 11	Cf document joint
Expert 12	Il serait utile de faire évaluer ces RBP par un groupe indépendant de 4 cotateurs expérimentés selon

	la grille AGREE-II. Malheureusement, il est à craindre que les notes seraient faibles et loin des standards attendus.
Expert 14	Développer le contenu de la psychoéducation Développer les besoins éducatif a l'école ou a la maison : ACC par exemple. Les aménagements possibles au niveau scolaire sont bien léger. Eviter par exemple de placer les enfants devant quand il y a risque d'anxiété, ou une place stigmatisante (exemple: placer l'élève contre le bureau de son enseignant est a proscrire). Développer le renforcement, éviter la punition... cela mérite des bases pour les enseignants, parents...
Expert 15	Avoir une vigilance pour les fratries
Expert 17	Il n'y a pas de point sur les particularités sensorielles des personnes ayant un TDAH : connaissance de ses particularités pour une meilleure qualité de vie
Expert 21	Une partie sur les effets et la gestion des ECRANS Un chapitre sur le non respect des recos et ses conséquences Une partie sur le développement normal de l'attention
Expert 22	Part de l'évaluation des réflexes archaïques, de plus en plus utilisé cliniquement en ergothérapie. Absence totale des troubles du processus sensoriel dans ces recommandations.
Expert 23	Rajouter les APA et les kinés par rapports au sport, dans la prise en charge pluridisciplinaire.
Expert 26	En dehors des remarques précédentes BRAVO pour ce magnifique travail !
Expert 27	Préciser plus avant la partie sur l'accompagnement des familles Préciser plus avant les quelques conseils pour faciliter et favoriser l'intégration scolaire d'un enfant TDAh (utile pour le médecin scolaire comme dans l'élaboration du PAP ou du PPS)
Expert 28	Des données supplémentaires sur la réalité de la prise en charge du TDAH sur le terrain. Évaluation des besoins et de l'accès aux soins que l'on sait très limité dans certains secteurs. Un genre d'état des lieux medico-social, qui malgré ces Recommandations de grande qualité, ne disposent pas de moyens humains nécessaires.
Expert 35	Les séances d'orthophonie remboursées sont utiles pour accompagner les parents (accompagnement parental orthophonique dans toutes les pathologues déjà , les enfants et les adolescents avec TDAH.
Expert 36	Compte tenu de l'élan donné à cette thématique ces dernières années, la présentation des équipes actuelle de recherche sur la TDAH en France
Expert 38	Peut-être informer de l'existence de support associatifs pour les patients et les patients je ne sais plus si c'est dans le document
Expert 40	Indication pour les professionnels de santé des possibilités de formations notamment sites référencés, DIU ...
Expert 41	. Place de la mélatonine dans la PEC des troubles du sommeil chez les enfants TDA avec retard de phase ? (souvent prescrit par les médecins experts TDA)
Expert 43	Peut-être détailler davantage le temps que prend la réalisation d'un diagnostic de TDAH. C'est-à-dire, la durée approximative des entretiens/questionnaires/passations d'échelle et/ou le nombre de rendez-vous nécessaires. En effet, dans ma pratique, j'ai l'expérience de diagnostics de TDAH réalisés en un seul rendez-vous, avec médication directe sans traitement non médicamenteux antérieurs ou concomitants. Il me semble pourtant qu'un tel diagnostic et une telle médication sont à envisager après une évaluation clinique très sérieuse et donc assez longue en terme de temps d'entretien avec famille/patient/école.
Expert 44	p31: il serait intéressant d'ajouter des données sur le risque d'être victime de harcèlement (pas seulement auteur) p37: Trois études cas-témoins aient montré des associations positives entre le TDAH pendant l'enfance et/ou l'adulte et la violence familiale (VV) ou la violence entre partenaires intimes (VPI) : ce n'est pas clair. On ne comprend pas bien si les violences familiales sont présentes autour de la personne avec TDAH ou si c'est elle qui en est l'auteur p65: Le diagnostic peut être posé en âge pré-scolaire mais ne peut pas être clairement posé avant l'âge de 5 ans: cela semble contradictoire Les troubles mimant une symptomatologie de TDAH et les comorbidités doivent être finement analysés par un clinicien pédopsychiatre formé : pour quoi psychiatre? p71: Il faut être particulièrement attentif aux enfants qui fonctionnent aux extrêmes du développement

	cognitif, tels que ceux qui ont un handicap intellectuel ou un fonctionnement intellectuel supérieur, peuvent être déconnectés et inattentifs en classe, les premiers parce que la matière présentée peut être trop difficile, et les seconds parce qu'ils la maîtrisent déjà: IL serait intéressant de donner aussi les signes qui sont davantage en faveur d'une association à un TDAH dans ces cas. Selon l'étude de Humphreys9 un traitement psychostimulant par méthylphénidate ne favorise ni ne prévient de futurs TUS chez les jeunes ayant un TDAH. : contredit dans le chapitre sur le MPH (diminue le risque d'addiction)
Expert 48	En fait peu d'informations sur le partenariat de soin entre les professionnels de santé; de l'éducation Rien sur le parcours de soin selon l'HAS 2017 Rien sur la décision partagée dans l'argumentaire alors qu'elle est évoquée dans les recommandations, et que celle-ci est fondamentale dans l'observance au soin
Expert 49	-quid du remboursement des actes non conventionnés? -possibilité d'accompagnement par les associations de parents, non mentionnées dans les recommandations
Expert 51	Un bon équilibrage entre les deux métiers de rééducation (psychomotricité et ergothérapie) est nécessaire vu les achoppement de ces deux professions.
Expert 54	Information sur l'utilisation d'internet et des écrans chez les enfants et adolescents avec TDAH.
Expert 61	Les critères diagnostiques du TDAH incluent des symptômes dans le domaine de la communication sociale (apparent défaut d'écoute, prise de parole excessive, non-respect des tours de parole), et les difficultés pragmatiques sont de plus en plus reconnues comme caractéristiques du TDAH, au-delà d'éventuelles fragilités langagières formelles, et contribuant aux difficultés sociales que rencontrent ces enfants et adolescents (Green et al., 2014 ; Staikova et al., 2013 ; Carruthers et al., 2022 ; Korrel et al., 2017). Peu d'études ont évalué l'efficacité d'interventions ciblant ces difficultés spécifiquement dans le TDAH, mais les difficultés pragmatiques de façon plus générale peuvent être limitées par des interventions mobilisant différentes approches (comportementales, sociales-pragmatiques ou cognitives-linguistiques) (voir par exemple Aldulais et al., 2023, pour une revue). Ces difficultés doivent donc être reconnues et peuvent faire l'objet d'un accompagnement spécifique. Les professionnels de santé en première ligne pour l'évaluation et l'intervention dans ce domaine sont les orthophonistes. Ce point pourrait notamment être explicité dans le paragraphe 3.5 sur les interventions non-médicamenteuses, et dans le paragraphe 2.4.7. Sur la place des bilans complémentaires pour ce qui est de l'évaluation (j'ai également fait un commentaire dans la recommandation 14 en ce sens). Références bibliographiques : Alduais, A., Bastianello, T., Alduais, A., Wu, X. I., Qasem, F., Hamaguchi, P., & Majorano, M. (2023). Competing views on interventions for pragmatic language skills in persons with pragmatic language impairment¿: An umbrella review. Applied Neuropsychology. Child, 1¿17. https://doi.org/10.1080/21622965.2023.2289589 Carruthers, S., Taylor, L., Sadiq, H., & Tripp, G. (2022). The profile of pragmatic language impairments in children with ADHD: A systematic review. Development and Psychopathology, 34(5), 1938-1960. Green, B. C., Johnson, K. A., & Bretherton, L. (2014). Pragmatic language difficulties in children with hyperactivity and attention problems: An integrated review. International Journal of Language & Communication Disorders, 49(1), 15-29. Korrel, H., Mueller, K. L., Silk, T., Anderson, V., & Sciberras, E. (2017). Research Review¿: Language problems in children with Attention¿Deficit Hyperactivity Disorder ¿ a systematic meta¿analytic review. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58(6), 640¿654. https://doi.org/10.1111/jcpp.12688 Staikova, E., Gomes, H., Tartter, V., McCabe, A., & Halperin, J. M. (2013). Pragmatic deficits and social impairment in children with ADHD. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54(12), 1275¿1283. https://doi.org/10.1111/jcpp.12082
Expert 62	Mettre a disposition des parents des sites qui regroupent les professionnels de santé disposés a recevoir ces enfants Liste des médecins formés au TDAH pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique
Expert 65	Il est nécessaire d'argumenter les raisons des divergences entre les recommandations françaises et les recommandations internationales récentes. Par ex. le NICE ne recommande pas les PEHP de façon généralisée, uniquement dans certains groupes. Le traitement psychostimulant est Grade A. etc.. Il faut aussi évaluer les recommandations selon les critères AGREE II; actuellement, plusieurs critères ne sont pas remplis.
Expert 66	Je pense qu'il faudrait insister un peu plus sur la place de la psychomotricité dans la prise en charge de l'enfant, d'autant plus lorsque le patient n'adhère pas à la TCC
Expert 69	Tous les aménagements possibles à mettre en place au niveau de la scolarité et du péri scolaire.

Expert 76	Un grand bravo pour ce travail d'écriture de ces recommandations qui (ré)affirme des bases importantes. Vigilance sur le nombre de coquilles dans la rédaction.
Expert 77	Critères de jugement et échelles utilisées permettant de juger de la pertinence d'efficacité.
Expert 79	L'essentiel est présenté en phase avec les actualités scientifiques Pour le diagnostic chez l'adulte, il serait pertinent d'évoquer que parfois celui ci peut être fortuit et découvert dans le cadre de trouble anxio dépressif ou d'épisode de burn out professionnel (intrications ++)
Expert 80	Le lien indispensable et continu du psychiatre qui gère le patient avec le médecin généraliste qui sera amené à renouveler l'ordonnance. Cela est précisé au début lors du diagnostic du patient, mais cela doit réellement être poursuivi après.
Expert 82	La méthodologie retenue par la HAS est très restrictive et retire toute une richesse de publication clinique qui a tout son intérêt. Il est dommage qu'une instance de référence se prive et prive donc les professionnels de santé de toute cette littérature. Il pourrait être mentionnée qu'en dehors des critères "scientifiques" retenus, il est à noter que ... a démontré tout son intérêt clinique. D'ailleurs il est à noter que ce mot "clinique" ne fait pas partie du vocabulaire retenu, à croire que nous perdons l'essence même de notre travail !
Expert 85	cf. les annotations en PJ.
Expert 86	Préciser le circuit du patient entre les 3 différents niveaux de la filière et en lien avec les PCO. Ceci n'est pas du tout abordé Quelle typologie de patients relève du Niveau 2 et pour quoi faire? Quelle typologie de patients relèvent du niveau 3 et pour quoi faire? Les recommandations françaises doivent s'effectuer dans le contexte Français et donc contribuer à la structuration de la filière TND dont le TDAH fait partie.
Expert 90	cf commentaires supra sur les maladies génétiques et les signes à surveiller si ttt par MPH. Sinon RAS

Autres Commentaires généraux libres

Expert	Commentaires
Expert 14	**Exemple d'étapes à suivre pour la démarche diagnostic Exhaustif** 1° Entretien et cueillettes d'informations (anamnèse), analyse de la demande – Valide ou invalide la recherche de TDAH 2° Dépistage : SNAP-IV-26, WFIRS-P, TDAH-4, ADHHD-RS-IV – Valide ou invalide la présence de symptômes pour la poursuite de la démarche 3° Repérage des symptômes (entretien clinique) aide éventuel : DIVA 5 Young ou ACE Evaluer la présence des symptômes (fréquence, intensité, présent depuis…) valide ou invalide un TDAH (Témoignages de personnes dans l'environnement, récupération des bilans scolaires, bulletins) 4° Si les symptômes sont présents selon les critères DSM 5-TR, évaluation des répercutions dans le quotidien (2 sphères minimums : Exemple RIF) 5° Evaluation différentiel somatique et psychiatrique 6° Evaluation d'autres problèmes (voir informations de l'anamnèse et/ou d'autres bilans réalisés) 7° Vérifier s'il y d'autres hypothèses qui peuvent mieux expliquer les symptômes de TDAH. 8° Evaluer les comorbidités et orienté également en conséquence 9° Prise de décision (validation ou invalidation du diagnostic) – Certains différentiels peuvent se faire sur une certaine durée (exemple : traitement d'un trouble anxieux, trouble du sommeil…)
Expert 31	***Quels sont les liens du TDAH avec les troubles du sommeil ?*** Les troubles du sommeil sont fréquents dans le TDAH : si 70% des enfants avec TDAH présenteront des troubles du sommeil passagers (Sung V et *al*. 2008 ; Becker SP et *al*. 2018), 10% connaitrons des altérations du sommeil plus durables, d'une durée supérieure à 12 mois (Lycett K et *al*. 2014) : résistance accrue à l'heure du coucher, difficultés d'endormissement, sommeil plus léger, fragmenté et de mauvaise qualité, durée de sommeil plus courte de 30 min/nuit. Sur le plan des études objectives du sommeil, les enfants et adolescents atteints de TDAH ont une latence de sommeil plus élevée et une efficacité de sommeil modérément réduite, mesurée par actigraphie (Liang X et *al*. 2023). La sévérité des symptômes du TDAH est associée aux problèmes de sommeil modérés ou sévères et un lien a été établi entre sommeil de l'enfant TDAH et la santé mentale des parents (Sung V et *al*. 2008 ; Wajszilber D et *al*. 2018 ; Craig SG et *al*. 2020 ; French B et *al*. 2023 ; Sidol CA et *al*. 2023).

Les adultes TDAH présentent également des difficultés de sommeil significatives (Díaz-Román A et *al*. 2018). Les symptômes cliniques diurnes du SAHOS et du TDAH se recouvrent largement (Sateia MJ et *al*. 2014) et l'on retrouve des associations bidirectionnelles entre le SAHOS et le TDAH : un déficit attentionnel est présent chez 95 % des enfants atteints de SAHOS, tandis que 20 à 30 % des patients atteints de TDAH présenteraient un SAHOS (Urbano GL et *al*. 2021). L'adénoïdectomie peut améliorer de manière significative la qualité de vie, les problèmes d'apprentissage et de comportement des enfants présentant un tableau de TDAH avec SAHOS ; bien que les grands essais contrôlés randomisés ne montrent aucune modification significative des performances neurocognitives après opération, les recommandations sont en faveur de la chirurgie sur la base des rapports et des résultats favorables des parents (Cortese S et *al.* 2013 ; Urbano GL et *al*. 2021).
Un lien entre Syndrome des jambes sans repos (SJSR) et TDAH est régulièrement décrit dans la littérature. Le SJSR est secondaire à une carence en fer cérébral, entrainant un dysfonctionnement de la production de dopamine, le fer étant un cofacteur majeur de l'enzyme tyrosine hydroxylase et une étape limitant la vitesse de synthèse de la dopamine. Une association négative entre la ferritine sérique et le TDAH a ainsi été retrouvée (Konofal E et *al*. 2004 ; Wang Y et *al*. 2017). Cela suscite une interrogation sur l'opportunité de corriger cette carence dans le traitement du TDAH. Même si cela pourrait potentiellement avoir un impact positif sur la réduction des symptômes du TDAH, les études actuellement disponibles manquent de puissance pour confirmer cette hypothèse (Wang Y et *al*. 2017 ; Pivina L et *al*. 2019 ; Granero R et *al.* 2021 ; Tohidi S et *al.* 2021 ; Pongpitakdamrong A et *al*. 2022).

Pour limiter l'impact du SJSR sur le TDAH, l'hygiène du sommeil reste l'axe principal, en insistant sur l'évitement des excitants (caféine, nicotine, alcool), puis en corrigeant une éventuelle carence martiale et en prescivant un agoniste dopaminergique si besoin (Cortese S et *al*. 2013).
Le TDAH est associé à un chronotype du soir, avec un retard des marqueurs de phase circadienne tel que l'augmentation de production de la mélatonine à la lumière tamisée. Ainsi, des troubles du rythme circadien veille sommeil sont retrouvés chez 73-78% des enfants/adultes atteints de TDAH (Coogan AN et *al*. 2017 ; Bijlenga D et *al*. 2019 ; Bondopadhyay U et *al*. 2021).

Sur le plan thérapeutique, les guidances autour de l'hygiène du sommeil semblent avoir peu d'impact (Hiscock H et *al*. 2018 ; Larsson I et *al*. 2023). La délivrance de mélatonine exogène démontre un effet plus important sur le sommeil des enfants TDAH : augmentation du temps de sommeil total de 30 min/nuit après 4 semaines, diminution de 25 min par rapport au placebo après 4 semaines, augmentation de 5% de de l'efficacité du sommeil. Toutefois, ces interventions ont des effets peu clairs sur la symptomatologie diurne du TDAH et n'entraînent pas d'amélioration de la qualité de vie (Larsson I et *al*. 2023). Il semble important de rappeler que le Slenyto®, dont la prescription est limitée aux enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme, n'a pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les enfants TDAH et que le Circadin® est limité aux insomnies primaires chez les personnes âgées de plus de 55 ans. La prescription hors AMM ou d'une forme de mélatonine en libération immédiate en préparation magistrale devra ainsi être préférée.
Afin de prendre en charge les troubles du rythme circadien dans le TDAH, le praticien pourra ainsi proposer des techniques d'hygiène du sommeil, la luminothérapie, la chronothérapie et l'introduction de mélatonine exogène (Cortese S et *al*. 2013).
Le cas du rapport entre narcolepsie et TDAH reste encore à ce jour peu étudié bien que des liens semblent exister entre ces deux troubles, en particulier sur le plan génétique (Takahashi N et *al*. 2020) ; on retrouve ainsi une prévalence importante du TDAH chez les personnes souffrant d'une narcolepsie : 35% pour la NT1 et 20% pour la NT2 (Kim J et *al*. 2020 ; Wilenius L et *al*. 2020). Les narcoleptiques présentent des symptômes élevés d'inattention, qui pousse certains auteurs (Dodson C et *al*. 2023) à se questionner sur le lien entre narcolepsie, hypersomnie idiopathique et sous-type inattentif du TDAH.
Le méthylphénidate et le modafinil sont deux
traitements efficaces dans le TDAH (Cortese S et *al*. 2018) et la narcolepsie (Golicki D et *al*. 2018 ; Maski K et *al*. 2021), laissant présager des origines communes, toutefois, le mécanisme biologique commun à ces troubles n'est pas à ce jour bien compris.

Bibliographie :
- Asarnow RF, Newman N, Weiss RE, Su E. Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnoses With Pediatric Traumatic Brain Injury: A Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2021 Oct 1;175(10):1009-1016.
- Ask H, Gustavson K, Ystrom E, Havdahl KA, Tesli M, Askeland RB, Reichborn-Kjennerud T. Association of Gestational Age at Birth With Symptoms of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. JAMA Pediatr. 2018 Aug 1;172(8):749-756.
- Becker SP, Cusick CN, Sidol CA, Epstein JN, Tamm L. The impact of comorbid mental health symptoms and sex on sleep functioning in children with ADHD. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018 Mar;27(3):353-365.
- Bijlenga D, Vollebregt MA, Kooij JJS, Arns M. The rôle of the circadian system in the etiology and pathophysiology of ADHD: time to redefine ADHD? Atten Defic Hyperact Disord. 2019 Mar;11(1):5-19.
- Bondopadhyay U, Diaz-Orueta U, Coogan AN. The Rôle of the Circadian System in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Adv Exp Med Biol. 2021;1344:113-127.

- Coogan AN, McGowan NM. A systematic review of circadian function, chronotype and chronotherapy in attention deficit hyperactivity disorder. Atten Defic Hyperact Disord. 2017 Sep;9(3):129-147.
- Cortese S, Brown TE, Corkum P, Gruber R, O'Brien LM, Stein M, Weiss M, Owens J. Assessment and management of sleep problems in youths with attentiondeficit/ hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013 Aug;52(8):784-96.
- Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, Atkinson LZ, Tessari L, Banaschewski T, Coghill D, Hollis C, Simonoff E, Zuddas A, Barbui C, Purgato M, Steinhausen HC, Shokraneh F, Xia J, Cipriani A. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review andnetwork meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2018 Sep;5(9):727-738.
- Craig SG, Weiss MD, Hudec KL, Gibbins C. The Functional Impact of Sleep Disorders in Children With ADHD. J Atten Disord. 2020 Feb;24(4):499-508.
- Dodson C, Spruyt K, Considine C, Thompson E, Ipsiroglu OS, Bagai K, Silvestri R, Couvadelli B, Walters AS. Hyperactivity in patients with narcolepsy and idiopathic hypersomnia: an exploratory study. Sleep Sci Pract. 2023;7:6.
- Díaz-Román A, Mitchell R, Cortese S: Sleep in adults with ADHD: Systematic review and meta-analysis of subjective and objective studies. Neurosci Biobehav Rev 2018, 89:61–71.
- Faraone SV et *al*. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. Neurosci Biobehav Rev. 2021 Sep;128:789-818.
- French B, Quain E, Kilgariff J, Lockwood J, Daley D. The impact of sleep difficulties in children with attention deficit hyperactivity disorder on the family: a thematic analysis. J Clin Sleep Med. 2023 Oct 1;19(10):1735-1741.
- Fayyad J et *al*. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Atten Defic Hyperact Disord. 2017 Mar;9(1):47-65.
- Garrison-Desany HM, Hong X, Maher BS, Beaty TH, Wang G, Pearson C, Liang L, Wang X, Ladd-Acosta C. Individual and Combined Association Between Prenatal Polysubstance Exposure and Childhood Risk of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. JAMA Netw Open. 2022 Mar 1;5(3):e221957.
- Golicki D, Bala MM, Niewada M, Wierzbicka A. Modafinil for narcolepsy: systematic review and metaanalysis. Med Sci Monit. 2010 Aug;16(8):RA177-86.
-Granero R, Pardo-Garrido A, Carpio-Toro IL, Ramírez- Coronel AA, Martínez-Suárez PC, Reivan-Ortiz GG. The Role of Iron and Zinc in the Treatment of ADHD among Children and Adolescents: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. Nutrients. 2021 Nov 13;13(11):4059.
- Hiscock H, Mulraney M, Heussler H, Rinehart N, Schuster T, Grobler AC, Gold L, Bohingamu Mudiyanselage S, Hayes N, Sciberras E. Impact of a behavioral intervention, delivered by pediatricians or psychologists, on sleep problems in children with ADHD: a cluster-randomized, translational trial. J Child Psychol Psychiatry. 2019 Nov;60(11):1230-1241.
- Konofal E, Lecendreux M, Arnulf I, Mouren MC. Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004 Dec;158(12):1113-5.
- Kim J, Lee GH, Sung SM, Jung DS, Pak K. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in narcolepsy: a systematic review. Sleep Med. 2020 Jan;65:84-88.
- Larsson I, Aili K, Lönn M, Svedberg P, Nygren JM, Ivarsson A, Johansson P. Sleep interventions for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A systematic literature review. Sleep Med. 2023 Feb;102:64-75.
- Liang X, Qiu H, Li SX. Objectively measured sleep continuity in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2023 Oct;328:115447.
- Liu N, Liu Q, Yang Z, Xu J, Fu G, Zhou Y, Li H, Wang Y, Liu L, Qian Q. Different functional alteration in attention-deficit/hyperactivity disorder across developmental age groups: A meta-analysis and an independent validation of resting-state functional connectivity studies. CNS Neurosci Ther. 2023 Jan;29(1):60-69.
- Lycett K, Mensah FK, Hiscock H, Sciberras E. Aprospective study of sleep problems in children with ADHD. Sleep Med. 2014 Nov;15(11):1354-61.
- Maski K, Trotti LM, Kotagal S, Robert Auger R, Swick TJ, Rowley JA, Hashmi SD, Watson NF. Treatment of central disorders of hypersomnolence: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, metaanalysis, and GRADE assessment. J Clin Sleep Med. 2021 Sep 1;17(9):1895-1945.
- Pivina L, Semenova Y, Doşa MD, Dauletyarova M, Bjørklund G. Iron Deficiency, Cognitive Functions, and Neurobehavioral Disorders in Children. J Mol Neurosci. 2019 May;68(1):1-10.
- Pongpitakdamrong A, Chirdkiatgumchai V, Ruangdaraganon N, Roongpraiwan R, Sirachainan N, Soongprasit M, Udomsubpayakul U. Effect of Iron Supplementation in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Iron Deficiency: A Randomized Controlled Trial. J Dev Behav Pediatr. 2022 Feb-Mar 01;43(2):80-86.
- Sateia MJ. International classification of sleep disordersthird edition: highlights and modifications. Chest. 2014 Nov;146(5):1387-1394.
- Sciberras E, Hiscock H, Cortese S, Becker SP, Fernando JW, Mulraney M. Variation in sleep profiles in children with ADHD and associated clinical characteristics. J Child Psychol Psychiatry. 2023 Oct;64(10):1462-1469.
- Sung V, Hiscock H, Sciberras E, Efron D. Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008

	Apr;162(4):336-42. - Sidol CA, Becker SP, Peugh JL, Lynch JD, Ciesielski HA, Zoromski AK, Epstein JN. Examining bidirectional associations between sleep and behavior among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. JCPP Adv. 2023 Mar 20;3(2):e12157. Takahashi N, Nishimura T, Harada T, Okumura A, Choi D, Iwabuchi T, Kuwabara H, Takagai S, Nomura Y, Newcorn JH, Takei N, Tsuchiya KJ. Polygenic risk score analysis revealed shared genetic background in attention deficit hyperactivity disorder and narcolepsy. Transl Psychiatry. 2020 Aug 17;10(1):284. - Tohidi S, Bidabadi E, Khosousi MJ, Amoukhteh M, Kousha M, Mashouf P, Shahraki T. Effects of Iron Supplementation on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Treated with Methylphenidate. Clin Psychopharmacol Neurosci. 2021 Nov 30;19(4):712-720. - Ugarte G, Piña R, Contreras D, Godoy F, Rubio D, Rozas C, Zeise M, Vidal R, Escobar J, Morales B. Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD): From Abnormal Behavior to Impairment in Synaptic Plasticity. Biology (Basel). 2023 Sep 15;12(9):1241. - Wajszilber D, Santiseban JA, Gruber R. Sleep disorders in patients with ADHD: impact and management challenges. Nat Sci Sleep. 2018 Dec 14;10:453-480. - Wang Y, Huang L, Zhang L, Qu Y, Mu D. Iron Status in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2017 Jan 3;12(1):e0169145. - Wanni Arachchige Dona S, Badloe N, Sciberras E, Gold L, Coghill D, Le HND. The Impact of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Children's Health-Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Atten Disord. 2023 Apr;27(6):598-611. - Wilenius L, Partinen M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Patients May Have Undiagnosed Narcolepsy. Cureus. 2020 Jun 4;12(6):e8436. - Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attentiondeficit/ hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics. 2012 Jul;9(3):490-9. - Yu M, Gao X, Niu X, Zhang M, Yang Z, Han S, Cheng J, Zhang Y. Meta-analysis of structural and functional alterations of brain in patients with attentiondeficit/ hyperactivity disorder. Front Psychiatry. 2023 Jan 6;13:1070142.
Expert 58	**Bibliographie** 1: Rani I, Agarwal V, Arya A, Mahour P. Sensory Processing in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J Atten Disord. 2023 Jan;27(2):145-151. doi: 10.1177/10870547221129306. Epub 2022 Oct 14. PMID: 36239408. 2: Kamath MS, Dahm CR, Tucker JR, Huang-Pollock CL, Etter NM, Neely KA. Sensory profiles in adults with and without ADHD. Res Dev Disabil. 2020 Sep;104:103696. doi: 10.1016/j.ridd.2020.103696. Epub 2020 Jun 8. PMID: 32526674; PMCID: PMC7786815. 3: Scheerer NE, Pourtousi A, Yang C, Ding Z, Stojanoski B, Anagnostou E, Nicolson R, Kelley E, Georgiades S, Crosbie J, Schachar R, Ayub M, Stevenson RA. Transdiagnostic Patterns of Sensory Processing in Autism and ADHD. J Autism Dev Disord. 2022 Oct 28. doi: 10.1007/s10803-022-05798-3. Epub ahead of print. PMID: 36306002. 4: Randell E, Wright M, Milosevic S, Gillespie D, Brookes-Howell L, Busse-Morris M, Hastings R, Maboshe W, Williams-Thomas R, Mills L, Romeo R, Yaziji N, McKigney AM, Ahuja A, Warren G, Glarou E, Delport S, McNamara R. Sensory integration therapy for children with autism and sensory processing difficulties: the SenITA RCT. Health Technol Assess. 2022 Jun;26(29):1-140. doi: 10.3310/TQGE0020. PMID: 35766242. 5: Lane SJ, Reynolds S. Sensory Over-Responsivity as an Added Dimension in ADHD. Front Integr Neurosci. 2019 Sep 6;13:40. doi: 10.3389/fnint.2019.00040. PMID: 31555103; PMCID: PMC6742721. 6: Panda PK, Ramachandran A, Kumar V, Sharawat IK. Sensory processing abilities and their impact on disease severity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Neurosci Rural Pract. 2023 Jul-Sep;14(3):509-515. doi: 10.25259/JNRP_22_2023. Epub 2023 Aug 16. PMID: 37692805; PMCID: PMC10483208. 7: Grinblat N, Rosenblum S. Work participation, sensory processing and sleep quality in adults with attention-deficit hyperactive disorder. Work. 2022;73(4):1235-1244. doi: 10.3233/WOR-211129. PMID: 35694942. 8: Little LM, Dean E, Tomchek S, Dunn W. Sensory Processing Patterns in Autism, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Typical Development. Phys Occup Ther Pediatr. 2018 Aug;38(3):243-254. doi: 10.1080/01942638.2017.1390809. Epub

	2017 Dec 14. PMID: 29240517. 9: Adra N, Cao A, Makris N, Valera EM. Sensory Modulation Disorder and its Neural Circuitry in Adults with ADHD: A Pilot Study. Brain Imaging Behav. 2021 Apr;15(2):930-940. doi: 10.1007/s11682-020-00302-w. PMID: 32770315; PMCID: PMC10655817. 10: Shimizu VT, Bueno OF, Miranda MC. Sensory processing abilities of children with ADHD. Braz J Phys Ther. 2014 Jul-Aug;18(4):343-52. doi: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0043. Epub 2014 Jul 25. PMID: 25076000; PMCID: PMC4183255. 11: Panagiotidi M, Overton PG, Stafford T. The relationship between sensory processing sensitivity and attention deficit hyperactivity disorder traits: A spectrum approach. Psychiatry Res. 2020 Nov;293:113477. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113477. Epub 2020 Sep 24. PMID: 33198048. 12: Dellapiazza F, Michelon C, Vernhet C, Muratori F, Blanc N, Picot MC, Baghdadli A; for ELENA study group. Sensory processing related to attention in children with ASD, ADHD, or typical development: results from the ELENA cohort. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021 Feb;30(2):283-291. doi: 10.1007/s00787-020-01516-5. Epub 2020 Mar 25. PMID: 32215734.
Expert 68	Le psychomotricien est un professionnel de santé spécialiste de la psychomotricité. Il exerce en toute responsabilité dans le respect du champ des autres professions réglementées, du cadre éthique et déontologique des professions de santé. Il exerce notamment dans un contexte pluridisciplinaire. Dans sa fonction de soin, il intervient dans le cadre d'un projet thérapeutique personnalisé au moyen : - Du bilan et du diagnostic des troubles du patient ; - De la prise en charge de ces troubles dans l'objectif d'acquisitions, d'apprentissages, d'optimisation, de restauration, et de maintien des fonctions et habiletés ; - De la réalisation d'actes/gestes techniques dévolus à sa compétence et liés à sa fonction et à son expertise. Il accompagne la personne à tous les âges de la vie dans son développement psychomoteur et dans le maintien de son fonctionnement psychomoteur. Il l'aide à prendre conscience de son potentiel et à l'exploiter pour s'adapter à son environnement dans le cadre de son projet de vie, notamment au travers de l'attention portée sur sa capacité à percevoir, agir, être et symboliser. Le psychomotricien fonde son intervention sur le mouvement, l'action, la communication verbale et non verbale, les émotions et les représentations, notamment le vécu corporel, l'espace et le temps et à partir de son propre engagement psychocorporel. Il réalise, en individuel ou en groupe, des activités de sollicitation, de stimulation, d'entraînement des fonctions humaines intervenant dans la psychomotricité du sujet, à savoir la motricité, la sensorialité, la cognition et l'affectif. Ces activités s'appuient sur l'instauration d'une relation éducative, d'accompagnement ou thérapeutique. Elles visent notamment le transfert des acquis dans les situations de vie au quotidien. Le psychomotricien peut utiliser divers outils tels que des : - Techniques de relaxation et de gestion du stress ; - Techniques à dominante sensorielle ; - Techniques perceptivomotrices ; - Techniques expressives et créatrices ; - Techniques numériques ; - Techniques à dominante cognitive ; - Techniques en relation avec le milieu. Chacune de ces activités peut se combiner avec une ou plusieurs autres dans des temps donnés de l'intervention du psychomotricien. Elles se réalisent auprès du sujet et de son entourage. Plus spécifiquement par rapport à l'accompagnement du TDAH, il aborde la régulation des comportements moteurs régulation motrice, notamment vis les mécanismes d'inhibition et la structuration desdits comportement dans le temps et l'espace (motricité globale, motricité fin, graphisme…). Pour ce faire, il propose une évaluation approfondie des fonctions motrices et neuromotrices, de laquelle découlera, si cela s'avère justifié, un travail de rééducation appuyé sur divers protocoles validés scientifiquement. Concrètement, le psychomotricien abordera en particulier les phénomènes d'agitation et les déficits d'inhibition en s'appuyant sur une stratégie cognitive où la dimension sensorimotrice et le contrôle moteur sont centraux. Le psychomotricien est également habilité à proposer des programmes d'intégration sensorielle lorsque cette dimension du fonctionnement est altérée. Ces programmes sont structurés à partir d'outils validés et d'interventions appuyées sur l'état l'art dans le domaine. Dans sa mission de professionnel de santé, il intervient également auprès des patients, de leurs aidants, des autres professionnels de la santé ou de l'éducation et du public dans le cadre d'activités de prévention, d'activités d'éducation thérapeutique, d'activités d'expertise et de conseil, et de coordination des soins.

Expert 74	Le travail réalisé par les experts du groupe de travail est à saluer car il contribue à créer les conditions nécessaires pour améliorer le diagnostic médical du TDAH et fournit de multiples repères scientifiques et cliniques pertinents, de nature à favoriser la reconnaissance et l'accompagnement des enfants/adolescents et de leurs proches. Les propositions de prises en charge sont en particulier très bien argumentées et proportionnées, avec des préconisations nuancées qui priorisent les interventions non médicamenteuses sans exclure le bienfait manifeste de ces dernières. Enfin, il faut saluer l'approche critique des thérapies alternatives qui est proposée par le groupe de travail s'agissant des recommandations pour le TDAH, qui devrait être une source d'inspiration pour l'ensemble des recommandations à venir dans le domaine des TND en particulier. A contrario, trois aspects apparaissent gênants voire problématiques dans l'argumentaire scientifique et les recommandations qui s'y associent, qu'il apparaît essentiel de considérer et de rectifier dans la perspective d'atteindre les objectifs fixés par ces recommandations : 1) La définition et la modélisation/structure des fonctions exécutives qui sont au coeur du phénotype clinique du TDAH, 2) Les stratégies d'examen des symptômes du TDAH, en particulier la place des questionnaires/inventaires comportementaux et l'analyse critique des outils disponibles, 3) Les modalités précises de la formation des médecins spécialisés du TDAH visés par ces recommandations. On pourrait résumer les carences de l'argumentaire par le paradoxe suivant : si l'on considère comme cela est avancé à plusieurs reprises que les fonctions exécutives sont au coeur du phénotype et de la sémiologie du TDAH, ce sur quoi s'accordent en effet la majorité des données scientifiques actuelles, il apparaît essentiel 1) de bien définir ce qu'on entend par fonctions exécutives en regard des modèles théoriques actuels de la littérature scientifique internationale (ce qui n'est pas correctement fait), 2) de s'appuyer sur les préconisations et recommandations quant aux stratégies d'investigation psychométrique dans ce domaine, argumentaire qui est absent, et 3) de former les médecins en conséquence, autrement dit de les sensibiliser a minima à la définition, à la sémiologie et aux stratégies d'examen du contrôle exécutif/attentionnel, garanties non apportées par le contenu des recommandations à ce stade. Quelques éléments en lien avec l'état de l'art dans ce domaine sont précisés dans les lignes suivantes, en espérant qu'ils soient utiles au groupe d'experts et qu'ils contribuent à améliorer de ce point de vue les recommandations de la HAS. Des revues de littérature facilement accessibles (en français et basées sur les données internationales) consacrées aux fonctions exécutives chez l'enfant ont par ailleurs synthétisé les connaissances sur cette question ces dernières années et auraient pu être utilisées a minima comme ressources contributives pour ces préconisations, à l'instar des supports suivants : Majerus et al. (2020), *Traité de neuropsychologie de l'enfant*, 2ème édition, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, Numéro spécial de la revue ANAE (Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant) : *Neuropsychologie des fonctions exécutives chez l'enfant, Enjeux scientifiques, stratégies d'examen et contextes cliniques* (2020). Dossier thématique de 11 ACL, N°167). Ouvrage international : *Les fonctions exécutives de l'enfant* regroupant plus de 40 auteurs francophones et anglophones (sous la direction de Roy, Fournet, Le Gall, & Roulin, 2021, De Boeck Supérieur). **Définition et modélisation des fonctions exécutives** Outre l'absence de définition précise des fonctions exécutives et leur chevauchement conceptuel partiel avec l'attention et certains aspects de la mémoire (que ce soit dans l'argumentaire scientifique ou dans les recommandations), l'énumération des principales fonctions exécutives est approximative et ne correspond pas aux différentes composantes interdépendantes telles qu'elles sont modélisées et déclinées dans les modèles factoriels et intégratifs spécifiques à l'enfant et l'adolescent ces 30 dernières années (e.g., Brocki & Bohlin, 2006 ; Diamond, 2013 ; Lehto et al., 2003 ; Levin et al., 1991 ; Welsh et al., 1991). On distingue actuellement, selon ces modèles, et de manière consensuelle 3 fonctions exécutives « de base » que sont l'inhibition, la mémoire de travail (et/ou la mise à jour) et la flexibilité cognitive, ainsi que des processus dits parfois de plus haut niveau comme la planification et la résolution de problèmes. Ces différentes composantes sont appelées les fonctions exécutives froides, par contraste avec un volet dit chaud, incluant les aspects affectifs/émotionnels qui sont davantage mobilisés dans certains contextes comme la prise de décision dans une situation impliquant un enjeu affectif/motivationnel fort, ou le contrôle émotionnel (Chan et al., 2008 ; Zelazo & Müller, 2002 ; Zelazo, 2020). Cette dichotomie est brièvement citée dans l'argumentaire scientifique mais peu définie, alors même qu'elle rejoint de ce point de vue les modélisations proposées par Barkley puis Sonuga-Barke. Si l'inhibition est incluse dans les fonctions exécutives de l'argumentaire et dans la synthèse des recommandations, elle est étonnamment présentée de manière très parcellaire puisqu'elle n'est abordée que sous l'angle de la « maîtrise des comportements automatiques et des pensées », alors qu'elle recouvre dans les modèles actuels au moins trois formes différentes de mécanismes inhibiteurs, qui sont étroitement associés aux mécanismes attentionnels, telles que l'attention sélective/inhibition de

	distracteurs, l'inhibition de réponses prépondérantes/automatisées (motrices ou verbales) et l'inhibition de réponses antérieures qui ne sont plus pertinentes pour l'action en cours (e.g., Friedman & Miyake, 2004). La mémoire de travail, pourtant bien citée dans les fonctions exécutives p. 37 de l'argumentaire autour des TCCE n'est étonnamment pas présentée comme une des fonctions exécutives centrales des recommandations (alors même que le modèle de Barkley la positionne également à ce titre). La flexibilité cognitive est bien citée, mais la définition est approximative et restreinte (capacité à passer d'un mode de traitement à un autre, à s'ajuster aux changements, à adopter une réponse différente, cf les définitions classiques des revues de référence sur le sujet proposées dans les articles/chapitres de synthèse). Par ailleurs, la déduction de règles est étroitement associée à la flexibilité cognitive dans les modélisations neurocognitives publiées sur le sujet et ne devrait pas être considérée comme un facteur en soi (cf références précédentes). La planification de l'action est en revanche bien considérée. Puisque les fonctions exécutives sont au coeur du phénotype neurocognitif et affectif du TDAH, une définition plus précise de ces composantes, de leur structure factorielle et du calendrier développemental qui les caractérise aurait été légitime, en prenant appui sur les différents travaux accumulés ces dernières années et les modélisations théoriques intégratives récentes comme celle de Diamond (2013) qui propose une différenciation progressive des différentes facettes des fonctions exécutives entre la période préscolaire et l'adolescence, rejoignant les résultats des analyses factorielles sur le sujet (pour une revue, voir par exemple, Lee et al., 2013). **Stratégies d'examen des fonctions exécutives en tant que domaine de perturbation centrale dans le TDAH** Il est désormais établi que les questionnaires présentent une convergence relativement limitée avec les tests classiques basés sur la performance (e.g., Toplak et al., 2013 : corrélation médiane = .19). Cela ne signifie pas, comme le laissent entendre certains passages de l'argumentaire scientifique, que les tests basés sur la performance manquent forcément de sensibilité ou sont moins fiables, mais qu'ils sont peut-être l'expression de réalités différentes dans lesquelles les processus exécutifs ne sont pas sollicités ou mobilisés de manière équivalente. Les questionnaires ont l'avantage, outre le fait d'être moins artificiels, d'appréhender les manifestations dysexécutives en contexte et de s'affranchir des erreurs de mesure liées à l'atteinte des processus de bas niveau (processus non exécutifs). En contrepartie, ils sont particulièrement subjectifs et soumis aux biais de jugement des répondants, si bien que leur fiabilité n'est absolument pas garantie, du moins pas davantage qu'un test plus classique. D'ailleurs, la corrélation entre l'appréciation parentale et celle de l'enseignant dans les questionnaires en général et dans la BRIEF par exemple est modérée (Gioia et al., 2000), ce qui incite à envisager l'influence majeure du contexte, des attentes et de l'état psychologique de la personne qui remplit le questionnaire (anxiété, dépression, culpabilité, etc.). En ce sens, ces deux catégories d'outils (tests basés sur la performance et questionnaires) devraient être considérées comme complémentaires dans le cadre de l'examen, comme l'indiquent les revues de littérature sur le sujet (voir Toplak et al., 2013). **Conséquences pour les recommandations à destination des médecins spécialisés** Il est donc fondamental d'associer aux entretiens semi-structurés des questionnaires de vie quotidienne ET des mesures basées sur la performance, dont seule la complémentarité au vu des données scientifiques actuelles permet de limiter le risque de faux négatif/faux positif. Il est tout à fait légitime de considérer que compte tenu de leur manque de sensibilité potentielle, comme l'indiquent certains auteurs, les tests de performance ne sont pas un passage obligé pour envisager le diagnostic de TDAH, à condition d'indiquer que le recours exclusif aux questionnaires n'est pas non plus totalement fiable ! Il l'est d'autant moins que plusieurs des questionnaires préconisés pour la population française ne sont pas valides sur le plan psychométrique, ce qui devrait être davantage reconnu dans l'argumentaire. Qu'il s'agisse des tests basés sur la performance ou des questionnaires, leur validité psychométrique est essentielle et requiert un certain nombre de critères qui ne semblent pas toujours considérés de manière sérieuse ici. La question de la fidélité et de la validité d'un test mais aussi de son étalonnage dans la culture d'appartenance est centrale, au regard des données désormais accumulées en psychométrie et en psychologie interculturelle, qui amènent à considérer que la traduction d'un test étranger en français ne garantit aucunement sa fiabilité (e.g., Fernandez & Marcopulos, 2011). Les tests doivent être adaptés et étalonnés auprès de la population de référence, ce qui n'est pas le cas de plusieurs des questionnaires mentionnés dans l'argumentaire, à commencer par le Conners, largement utilisé mais peu critiqué de ce point de vue. Alternativement, on comprend mal que d'autres questionnaires comme la BRIEF, qui répondent à cette exigence et qui ont fait l'objet de publications internationales pour sa version française, ne soient pas mentionnés au même titre que les échelles de Brown, puisque par définition ils permettent d'appréhender le symptôme central du TDAH, qui plus est dès l'âge de 2 ans (BRIEF préscolaire ou BRIEF-P) et qu'ils peuvent être utilisés par les médecins spécialisés formés. Autrement dit, les recommandations quant à l'utilisation des tests devraient être plus objectives et basées sur ces propriétés psychométriques, à l'instar du tableau de synthèse des tests qui devrait mentionner ces informations, et non juste le fait que le test soit traduit, ce qui ne dit rien de sa validité scientifique !

	Plus largement, il semble exister une confusion assez étonnante, qui confine à un certain réductionnisme, dans la manière de présenter le bilan neuropsychologique à travers les recommandations, ce qui amène à suggérer la mobilisation d'experts dans ce domaine pour ce type de travail. Un bilan neuropsychologique ne saurait se limiter à l'administration de tests psychométriques (appellation largement confondue au passage avec les tests de QI, par ex. p. 92 de l'argumentaire scientifique), lesquels incluent d'ailleurs les questionnaires de vie quotidienne/inventaires comportementaux. C'est la confrontation de ces différents indicateurs psychométriques avec les observations cliniques et l'entretien clinique (outil principal du psychologue, cf Code de déontologie, principes généraux https://www.codededeontologiedespsychologues.fr/Code-de-Deontologie-des.html), qui peut venir confirmer ou infirmer l'hypothèse d'un trouble du contrôle attentionnel/ des fonctions exécutives et *in fine* le diagnostic proposé par le médecin spécialisé. De ce point de vue, et au regard des limites de l'ensemble des outils évoqués, le bilan neuropsychologique n'est pas l'alpha et l'oméga du diagnostic de TDAH mais s'il est bien réalisé doit permettre de répondre à la question d'un trouble éventuel du contrôle attentionnel/exécutif et donc conforter ou non l'hypothèse émise par le médecin, dans une logique pluridisciplinaire. Ces questionnements trouvent un écho dans le tableau de synthèse des outils disponibles qui est proposé (p. 94 et suivantes de l'argumentaire), qui à la base peut sembler être une bonne idée mais dont la formalisation est particulièrement étonnante. En effet, ce tableau outre comprendre de nombreuses approximations (e.g., date de certains tests, disponibilité à venir alors qu'édité depuis plusieurs mois, erreurs dans la présentation de la structure des échelles, information sur la traduction mais pas la validation/étalonnage…) véhicule des commentaires inexacts (e.g., test avec des réponses verbales alors que ce n'est pas représentatif de l'outil en question) voire des points de vue dont on se demande la légitimité et la place dans le cadre des recommandations HAS (« coute très cher »)… Ces approximations/inexactitudes/commentaires interrogent sérieusement la manière dont cet inventaire de tests a été réalisé et mériterait un travail beaucoup plus rigoureux et affiné, basé sur l'intégralité des données scientifiques disponibles pour ces outils. **Conséquences pour la formation des médecins** En regard de ces éléments, il est fondamental de prévoir dans la formation des médecins un minimum de cadrage théorique sur les modélisations neuropsychologiques du TDAH, en particulier s'agissant des fonctions exécutives et des stratégies d'examen dans ce domaine, afin de garantir des garde-fous quant à l'interprétation/la lecture des scores obtenus aux questionnaires, en fonction de ces différents aspects (ce qui contribue d'ailleurs à expliquer les écarts majeurs relevés dans les études épidémiologiques sur le sujet). **Autres commentaires génériques** De manière secondaire mais tout aussi gênante sur le plan scientifique et clinique, on s'étonne que le HPI soit évoqué comme une entité clinique alors que l'immense majorité des données scientifiques actuelles convergent pour dire qu'il n'y a pas d'association significative entre le HPI et les troubles du neurodéveloppement. Par ailleurs, si les PCO sont légitimement abordées dans l'objectif de fluidifier le parcours de soins, il est frappant de constater qu'à aucun moment n'est fait mention des centres de niveau 3 dans l'argumentaire ou les recommandations, ce qui interroge quant à la place qu'on souhaite accorder à ces experts hospitaliers et leur rôle dans le parcours de soins, la formation et la contribution à la recherche. Attention, p. 12 des recommandations, il est indiqué que « le TDAH se caractérise par des symptômes d'inattention et d'impulsivité, accompagné ou non de symptômes d'hyperactivité ». Il doit y avoir un souci de formulation, on parle plutôt de symptômes d'inattention ET/OU d'hyperactivité/impulsivité ! S'agissant des données épidémiologiques françaises, il est précisé p. 13 que « le chiffre qui fait consensus en France est de 4 % » (Lecendreux et al., 2011). Ce constat pourrait être nuancé a minima quand on sait que l'étude est basée sur une démarche diagnostique par téléphone, ce qui paraît en contradiction, pour l'essentiel, avec les préconisations indiquées dans les recommandations ici. Dans la section « Diagnostics différentiels et comorbidités », il est étonnant de retrouver le terme de « dyspraxie verbale » dans les troubles du langage oral (p. 22 des recommandations). Sur quelle classification internationale se base cette entité clinique ? Dans le tableau 2 p. 22, il est indiqué que « Le TDI peut être associé, voire aggravé par un déficit de l'attention dont la raison principale est le déficit cognitif et le manque d'intérêt » ; cette phrase n'est pas claire, que signifie « dont la raison principale est le déficit cognitif ? » De quel déficit cognitif parle-t-on (TDI comme TDAH touchent la cognition) ? **Commentaires de forme** Peut-être le document n'a-t-il pas fait l'objet de relecture de forme et dans ce cas les commentaires suivants ne sont sans doute pas essentiels. Plusieurs fautes d'orthographe ou de syntaxe ont été relevées dans les préconisations, parmi lesquelles : donc un retard diagnostic p. 9 ; Le contenu de la formation des médecins spécialisé p. 11 ; classification international (p. 13) ; les Trouble du développement note bas de page p. 13 ; le Trouble hyperkinetiques note bas de page p. 13 ; interaction sociale devrait s'écrire au pluriel (e.g., p. 16) ; il est recommandé de rechercher des comorbidités, qui seront réévaluer lors du suivi, p. 21 ; Troubles Spécifiques des Apprentissage p. 22 ; Troubles Développemental de la Coordination p. 22 ; évoquer en

	cas de maladresses particulières qui ne sont pas mieux expliqués p. 22 ; prise en charge non médicamenteux p. 29 ; at améliore p. 29 ; des répercutions scolaires p. 35 ; outils d'autorégulation sensoriel et émotionnelle p. 36 ; dispositif est permet p. 36 ; et de difficultés d'intégrations p. 36 ; Le PAP est un document normalisé permet la mise en place p. 37 ; Une prise en charge psychologique individuelle peut être proposé chez l'enfant p. 37 ; symptômes anxieux, dépressif, impulsif p. 37 ; d'Entraînement aux Habilités Parentales p. 40 (habilité = anglicisme) ; peuvent alors être envisagé p. 47 ; contextes (scolaires, sociales, familiales, ..) p. 50 ; si possible piloté par un référent p. 50 ; Les recommandations de bonnes pratiques pour la téléconsultation et téléexpertise émise par la HAS p. 52 ; Une demande d'avis spécialisé pour une suspicion diagnostique qui permettre p. 54. Certains paragraphes se terminent par des virgules (e.g., premier paragraphe p. 14) Quel est l'intérêt d'indiquer deux notes de bas de pages identiques sur la même page (e.g., p. 17) ? Les renvois aux notes de bas de page ne sont pas systématiquement indiqués en exposant (e.g., p. 37, note 27) Certains sigles (e.g., MPH, p. 40) apparaissent avant qu'ils aient été explicités. Pbs de typographie (e.g., p. 42, pas d'ouverture de parenthèse : la guanfacine) ; p. 45 :). **Références bibliographiques indicatives :** Brocki, K. C., & Bohlin, G. (2004). Executive functions in children aged 6 to 13: A dimensional and developmental study. *Developmental Neuropsychology, 26*(2), 571-593. http://dx.doi.org/10.1002/icd.1871 Chan, R. C. K., Shum, D., Toulopoulou, T., & Chen, E. Y. (2008). Assessment of executive functions: review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology, 23*, 201-216. https://doi.org/10.1016/j.acn.2007.08.010 Diamond, A. (2013). *Executive functions. Annual Review of Psychology, 64*, 135-168.https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750 Fernandez, A. L., & Marcopulos, B. A. (2008). A comparison of normative data for the Trail Making Test from several countries: Equivalence of norms and considerations for interpretation. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*(3), 239-246.https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00637.x Friedman, N. P., & Miyake, A. (2004). The relation among inhibition and interference control function: A latent variable analysis. *Journal of Experimental Psychology: General, 133*(1), 101-135. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0096-3445.133.1.101 Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)*.Lutz: Psychological Assessment Ressources. Lee, K., Bull, R., & Ho, R. M. (2013). Developmental changes in executive functioning. *Child Development, 84*(6), 1933-1953. https://doi.org/10.1111/cdev.12096 Lehto, J. E., Juujärvi, P., Kooistra, L., & Pulkkinen, L. (2003). Dimensions of executive functioning: Evidence from children. *British Journal of Developmental Psychology, 21*(1), 59-80. https://doi.org/10.1348/026151003321164627 Levin, H. S. L., Culhane, K., Hartmann, J., Evankovich, K., Mattson, A. J., Harward, H., … Fletcher, J. M. (1991). Developmental changes in performance on tests of purported frontal lobe functioning. *Developmental Neuropsychology, 7*(3), 377-395. https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/87565649109540499 Toplak, M. E., West, R. F., & Stanovich, K. E. (2013). Practitioner review: do performance-based measures and ratings of executive function assess the same construct? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 54*(2), 131-143. https://doi.org/10.1111/jcpp.12001 Welsh, M.C., Pennington, B.F., & Groisser, D.B. (1991). A normative-developmental study of executive function: A window on prefrontal function in children. Developmental Neuropsychology, 7(2), 131-149.https://doi.org/10.1080/87565649109540483 Zelazo, P.D., & Müller, U. (2002). Executive functions in typical and atypical development. In U. Goswami (Ed.), *Handbook of childhood cognitive development*(pp. 445-469). Oxford: Blackwell. Zelazo, P. D. (2020). Executive function and psychopathology: A neurodevelopmental perspective. *Annual Review of Clinical Psychology, 16*, 431-454.https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072319-024242
Expert 86	1/ Les recommandations proposées en l'état ne sont pas du niveau attendu par les neuropédiatres et la SFNP. 2/ La procédure de bilan diagnostique de TDAH proposée n'est pas du tout acceptable. Au point que je ne souhaite pas figurer dans les relecteurs si c'est cette procédure qui est validée au final. C'est vous dire!? J'ai été relecteur des recos de 2014 dont j'ai assuré une large promotion après leur diffusion. Je suis beaucoup moins enthousiaste sur ce second chapitre qui, hormis, le volet MPH, n'apporte pas grand chose de plus que ce que l'on attendait du médecin de premier recours. Ainsi le médecin généraliste, après avoir fait un entretien avec la famille et rempli le DSM et le Conners, va adresser l'enfant à un "Spécialiste du TDAH" qui fera... pareil ! Une telle incohérence empêchera totalement que n'émerge la construction d'une filière de prise en charge TDAH efficiente et lisible. Beaucoup d'argent public sera gaspillé. La partie "diagnostic" des recommandations est donc très mauvaise et va totalement à l'encontre des pratiques éprouvées en neuropédiatrie.

	Elle va aussi complétement à l'encontre du plan national TND grâce auquel nous avons pu obtenir la labellisation de PCO et du Forfait d'Intervention Précoce (FIP) crées justement pour payer les bilans indispensables à un diagnostic sérieux. Et voila que maintenant on nous explique que tout cela ne sert à rien !? La HAS ne doit pas cautionner de telles recommandations qui seront responsables d'une aggravation des erreurs diagnostiques et contribueront en plus à fausser les données épidémiologiques en donnant l'impression qu'il y a de très nombreux patients alors que certains diagnostics sont en réalité faux et abusifs. 3/ Ces recommandations sont presque une "insulte" à la profession de neuropsychologue. Je ne sais pas si un ou une neuropsychologue faisait parti du GDT mais il n'est pas possible en 2023 de nier à ce point l'existence des méthodes validées d'évaluation de l'attention et des fonctions exécutives. C'est comme si pour un enfant dyslexique on disait qu' un bilan orthophonique ne sert à rien!? La triste vérité c'est que les collègues résistants au changement ne savent pas interpréter un WISC-5, une batterie TEAch ou un STROOP. Et plutôt que d'admettre qu'ils devraient se former, ils préfèrent dire que cela ne sert à rien! Dans le fichier ci-joint vous verrez que selon les recommandations envisagées: Grosso modo, ce qui se passera c'est que si un médecin "spécialiste du TDAH" constate que 6 items d'inattention sont présents chez l'enfant sur les 9 proposés, le diagnostic de TDAH sera posé et une ordonnance de MPH sera rédigée. Or, en lisant les 9 items vous verrez que la plupart des enfants de primaire en présentent 6 très facilement. Établir un diagnostic la-dessus est une erreur. Quoique en dise la psychiatrie américaine. 4/ Contrairement au contexte particulier du TDAH aux USA où des logiques de lobby pharmaceutiques prévalent et favorisent les traitements à outrance, je suis persuadé que la problématique est toute différente en France. Ces diagnostics hâtifs et abusifs ne servent pas des intérêts commerciaux. Pas du tout. C'est plus triste encore: La communauté des nombreux collègues qui veulent absolument des diagnostics rapides, facile et simple a pour but... de ne surtout pas changer leurs habitudes! En fait les collègues pédopsychiatres ne veulent surtout pas s'écarter du sacro-saint DSM au mépris de toutes les connaissances acquises en neurosciences depuis 2 ans. Le plan TND avait pour ambition d'élever le niveau de prise en charge des patients et voici que les réfractaires au progrès et à l'exigence se parent du label HAS pour nous enjoindre à rester médiocres... C'est consternant et révoltant. Faute de pouvoir en juger par elle-même, persuadée d'avoir réunis les meilleurs spécialistes du TDAH, la HAS est sur le point de valider de mauvaises recommandations qui diviseront et desserviront les patients et leurs familles sur le long terme. Je ne peux pas ne rien dire... 5/ Il transpire enfin au travers de ces recommandations une impression très désagréable de volonté de "prise de contrôle" du TDAH par les pédopsychiatres. Or, depuis quelques années la qualification de neuropédiatrie a été officiellement reconnue de sorte qu'il est tout à fait légal de mentionner la profession de neuropédiatre. Et sans l'englober implicitement dans le terme de "pédiatre" ce qui tend bien sûr à minimiser notre légitimité. La compétence des neuropédiatres dans le neurodéveloppement est de premier plan et je tiens à rappeler que concernant les 4 principaux TND les neuropédiatres s'occupent beaucoup plus que les pédopsychiatres de TDI, de DYS et de TDAH... Il est donc particulièrement injuste et choquant de tenter comme cela est fait au travers de ces recommandations de reléguer les neuropédiatres au niveau des pédiatres qui ne s'impliquent que rarement dans le TDAH et principalement en médecine de premier recours (niveau 1). Par moment apparait le mot "neurologue" qui est complétement inapproprié s'agissant d'enfants et d'adolescents. Les neurologues voient des adultes. Les neurologues de l'enfant sont des neuropédiatres. Je ne pense pas que le choix du mot "neurologue" soit innocent. Il permet de ne pas mentionner le mot "neuropédiatre" qui n'apparaît bizarrement jamais dans le texte me semble-t-il? Nous avons invité beaucoup de pédopsychiatres dans le DIU TND et ce dans l'intérêt des patients. Je regrette que la HAS soit instrumentalisée de la sorte pour nous exclure alors que l'union fait la force et que les patients ont besoin de tous en ces temps de déserts médicaux. On préfère visiblement faire de la téléconsultation (?) plutôt que de faire appel au neuropédiatre s'il y en a un de disponible. C'est choquant. Vous l'aurez compris ces nouvelles recommandations ne me plaisent pas du tout et je pense qu'elles déclencheront un tollé au sein de la communauté neuropédiatrique si elles sont validées telles qu'elles. Il n'y a bien sur aucune critique vis-à-vis de vous et votre équipe. Votre mission n'est pas facile et je connais votre dévouement et votre ambition pour les patients. C'est pourquoi à une heure un peu tardive je lance ce cri d'alerte s'il est encore temps.
Expert 88	1) Compte tenu de la nécessité d'un repérage précoce et d'un diagnostic précoce notamment chez l'enfant de moins de 5 ans je mettrais d'emblée dans le chapitre diagnostic une phrase pour dire que les autres TND sont souvent associés et que les signes cliniques se chevauchent entre les différents TNDs rendant le diagnostic catégoriel difficile chez le petit au début.

	Néanmoins il ne faut pas attendre comme cela est bien dit dans le préambule pour prendre des mesures de soins. 2) J'insisterai bien plus sur la nécessité d'une examen clinique complet avec un examen physique comportant poids, taille, PC, examen neurologique et somatique avec recherche de signes cutanés ou de dysmorphie pouvant orienter vers un syndrome génétique et justifier d'une consultation de génétique et examen cutané. 3) La neurofibromatose de type 1 ou l'exposition à l'alcool in utero entraine des TDAH particulièrement sévères (peut-être accentués par le milieu psychosocial défavorable pour l'alcool et/ou les polyintoxications) 4) Les troubles du sommeil me semblent particulièrement fréquents. Une démarche d'analyse sous forme d'algorithme peut-elle être proposée ? N'y a t-il jamais de place pour un traitement médicamenteux type mélatonine. Mis à part les quelques coquilles, je trouve le texte martyre lisible et applicable. Il est incroyable d'avoir qu'il n'y a que des avis d'experts et peu de niveau de preuve des mesures non médicamenteuses.