

# Le diagnostic et la prise en charge du TDAH

## Point de vue du pédopsychiatre

---

Dr Hervé CACI  
Psychiatrie, Pédopsychiatre  
Docteur de l'Université Paris 7

Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU Lenval

## Journée du Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

Organisatrice :  
Dr Sarah Hadjadj



**30 septembre 2022**

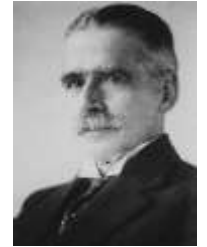
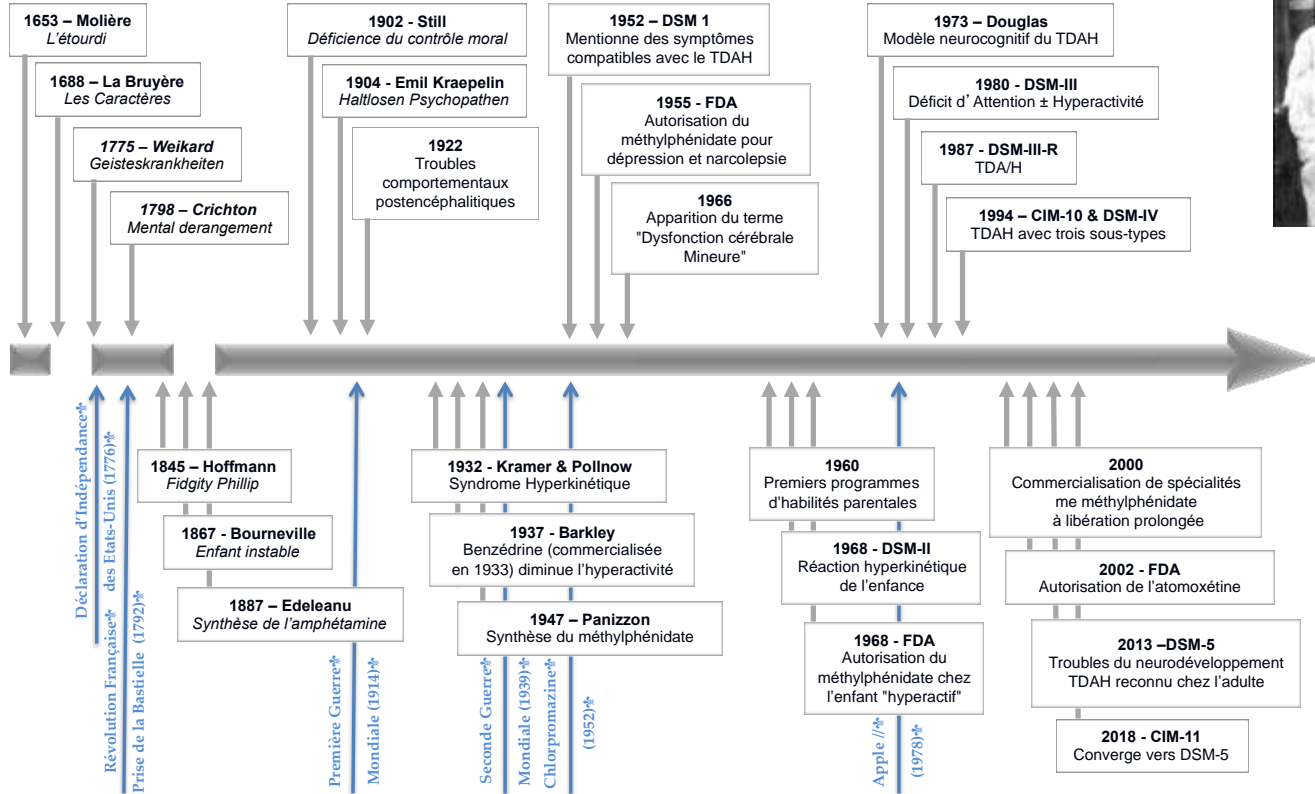
**08h30-17h30**

**LE  
COUVENT  
DES  
JACOBINS**  
CENTRE  
DES CONGRÈS  
DE RENNES  
MÉTROPOLE

# Déclaration d'intérêts

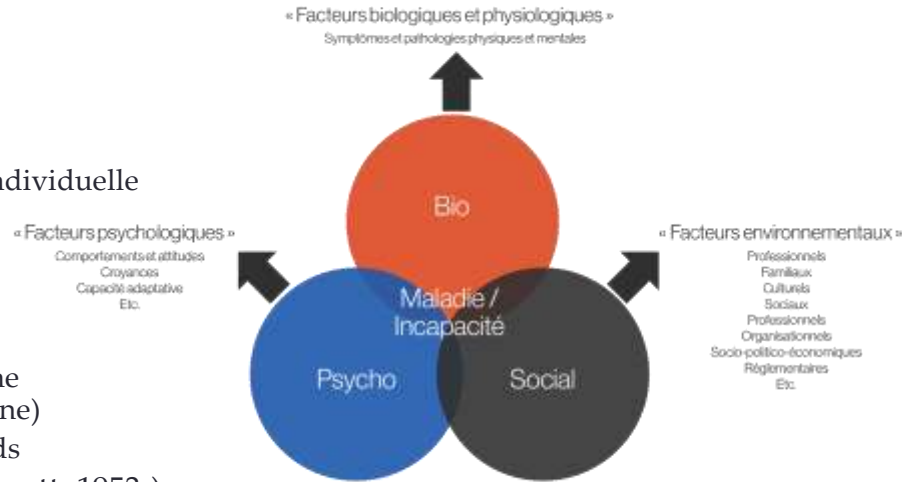
- Conseil auprès de laboratoires pharmaceutiques:
  - Shire France & Shire International
  - HAC Pharma
- Invitation/Intervention à des congrès médicaux:
  - Shire France
  - HAC Pharma
  - Ferring SAS
- Aucune action détenue
- Moins de 1% de mes revenus annuels
- *Aucun conflit d'intérêt en lien avec cette présentation*

# Un vieux roman, une belle histoire...



# Une question de modèles

- Le **modèle biomédical**:
  - Prédominant en médecine depuis la fin du 20<sup>ème</sup> siècle
  - Définit la santé comme l'absence de maladie
  - Se concentre sur les processus physiopathologiques
  - Ne prend pas en compte les facteurs sociaux, la subjectivité individuelle
  - Utile pour diagnostiquer, comprendre et traiter une maladie
  - Permet de créer des groupes de patients
  - Permet d'établir des protocoles de recherche
- Le **modèle biopsychosocial** (George L. Engel, 1913-1999)
  - Améliore le précédent sans être incompatible avec la médecine fondée sur les données probantes (ou Evidence-Based Medicine)
  - Approche pluridisciplinaire, combinaison de plusieurs regards
- La **médecine fondée sur les données probantes** (Gorgon Guyatt, 1953-)
  - « Utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, [...] une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques »
- La **médecine personnalisée**
  - Améliorer la stratification et la prise en charge des patients en utilisant des informations biologiques et des biomarqueurs au niveau des voies moléculaires des maladies, de la génétique, de la protéomique ainsi que de la métabolomique.

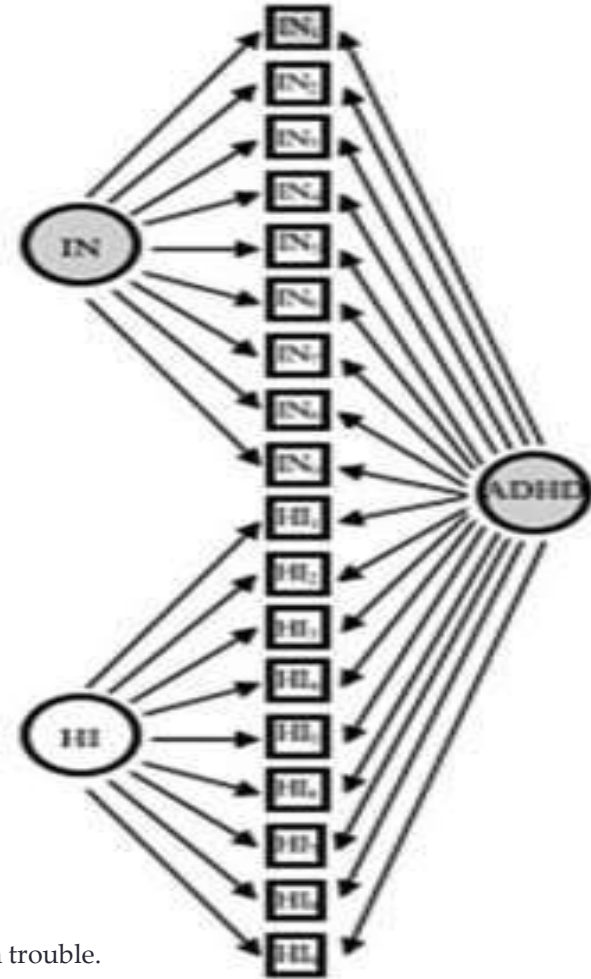


# Comment choisir?

- Le modèle biomédical peut s'appliquer en psychiatrie lorsqu'une *cause* organique est identifiée à l'origine d'un tableau psychiatrique (par ex., l'hyperthyroïdie).
- Au-delà de ces cas et si l'on part d'une description clinique alors les trois modèles ne s'excluent pas:
  - Modèle biopsychosocial
  - Médecine fondée sur les preuves
  - Médecine personnalisée
- Et tout dépend du degré d'implication du psychiatre!

# Où se situe le TDAH?

- C'est **un trouble, en l'occurrence psychiatrique**.
  - Il est défini par un ensemble cohérent d'un nombre limité de comportements observables par différents observateurs.
  - L'ensemble peut être à l'origine:
    - d'un déficit du fonctionnement global ou de certaines fonctions spécifiques
    - d'une limitation dans les activités quotidiennes
    - d'une restriction dans la participation sociale
- Il peut être associé à des pensées et des émotions.
- Les causes sont multiples:
  - Héritabilité (agrégation familiale, récurrence familiale, et concordance des jumeaux,)
  - Plusieurs modèles ont été proposés:
    - Hypothèse catécholaminergique
    - Théorie neuro-énergétique (navette lactate au niveau de la synapse tripartite)
    - Drift-decision models
    - Reinforcement Sensitivity Theory (Gray)
    - Dynamic Development Theory (Killeen)
    - Dysfonctionnement exécutif, aversion au délai et Dual pathway model (Sonuga-Barke)
    - Modèle cognitivo-énergétique (Sergeant)
- C'est un **trouble du neuro-développement**:
  - Il peut apparaître dans la petite enfance et persister à l'âge adulte où il garde les critères d'un trouble.



# Où se situe le pédopsychiatre?

- Il lui revient de **poser un diagnostic après un examen clinique lors d'un entretien avec l'enfant et ses parents.**
- La CIM-10 proposait un Trouble Hyperkinétique, mais la CIM-11 a convergé vers le DSM-5
  - Une des trois présentations cliniques du TDAH au moment de l'évaluation
    - 314.01 (F90.2) Présentation combinée
    - 314.00 (F90.0) Présentation inattentive prédominante
    - 314.01 (F90.1) Présentation hyperactive/impulsive prédominante
  - Préciser:
    - L'âge de début
    - Si le patient est en rémission partielle?
    - Quel est le degré de sévérité actuel: léger, moyen, grave.
    - L'association à un facteur médical ou génétique connu: X fragile, Sclérose tubéreuse, syndrome de Rett, un autre diagnostic médical, etc.
    - L'association à un facteur environnemental connu: âge des parents à la conception, faible poids à la naissance, exposition *in utero* à l'alcool, carence en iode, exposition au plomb ou au fluor, etc.

# Critères d'Inattention

1. Se précipite dans son travail et commet des fautes d'étourderie
2. Ne va pas au bout d'un jeu ou d'une tâche (pense ou passe à autre chose)
3. Rêvasse, donne l'impression de ne pas écouter. Il faut faire un effort pour capter son attention.
4. Il demande plus de soutien que les autres, abandonne avant la fin. Il faut le relancer pour se préparer, finir son repas, faire les tâches quotidiennes, etc..
5. Rechigne à s'investir pour acquérir de nouvelles compétences, anticipant les efforts mentaux à réaliser.
6. L'espace de travail ou de vie est en désordre, les affaires traînent partout, mauvaise conscience du temps, souvent en retard, n'arrive pas à planifier ce qu'il doit faire.
7. Ne sait plus où il/elle a posé des affaires utiles à ses activités quotidiennes. Perd beaucoup de temps à les chercher, peut aller jusqu'à accuser les autres de les avoir déplacées.
8. Facilement distrait par des bruits ou des mouvements autour de lui/d'elle. Perd le fil de ce qu'il/elle allait dire ou faire, doit s'y reprendre à plusieurs fois.
9. Au quotidien, on doit lui répéter plusieurs fois les consignes y compris des choses rituelles comme se laver les mains, se coiffer, se brosser les dents, etc. Oublie des affaires en quittant une pièce ou ce qu'il allait chercher dans une autre : de fait, il retourne souvent sur ses pas.



# Critères d'Hyperactivité et d'Impulsivité

1. Du mal à rester assis tranquille, s'agite sur son siège, change souvent de position se balance, bouge ses jambes, tripote tout ce qu'il a à portée de main : crayon, règle, gomme, cheveux, etc.
2. Rester assis est difficile voire douloureux: s'étire sur sa chaise, ne peut attendre la permission de se lever.
3. Ne peut s'empêcher de courir et de sauter à la maison, à l'école ou à l'extérieur alors qu'on le lui a interdit et quitte à se mettre en danger.
4. Ne peut pas rester calme, semble être souvent « monté sur ressort » comme s'il avait toujours quelque chose à faire ce qui dérange l'entourage.
5. Déborde d'énergie et paraît inépuisable; multiplie les jeux et les activités physiques, semble avoir un besoin irrésistible de dépenser son énergie.
6. Moulin à parole, il a besoin de parler. Le débit est soutenu, il en arrive à soûler les autres et quand on lui demande de s'arrêter il reprend après quelques secondes.
7. Intrusif, il ne tient pas compte du contexte et impose sa présence ou ses mots sans réaliser qu'il dérange ou gêne.
8. Il parle sans réfléchir, dit ce qu'il a sur le bout de la langue sans attendre qu'on lui donne la parole.
9. Impatient, il ne peut attendre son tour de parole ou de jeux. Tout doit arriver tout de suite. Les salles d'attente, les files d'attente ou les feux rouges sont un véritable défi.

# Autres critères (DSM-5)

## Présentation Inattentive prédominante:

- $\geq 6$  symptômes d'Inattention **avant 18 ans**, mais  $\geq 5$  symptômes à partir de 18 ans
- $< 6$  symptômes d'H-I **avant 18 ans**, mais  $< 5$  symptômes à partir de 18 ans

## Présentation Hyperactive/Impulsive prédominante:

- $< 6$  symptômes d'Inattention **avant 18 ans**, mais  $< 5$  symptômes à partir de 18 ans
- $\geq 6$  symptômes d'H-I **avant 18 ans**, mais  $\geq 5$  symptômes à partir de 18 ans

## Présentation Combinée:

- $< 6$  symptômes d'Inattention **avant 18 ans**, mais  $< 5$  symptômes à partir de 18 ans
- $\geq 6$  symptômes d'H-I **avant 18 ans**, mais  $\geq 5$  symptômes à partir de 18 ans

Les symptômes sont présents **depuis au moins 6 ans.**

Plusieurs symptômes étaient présents **avant 12 ans.**

**Plusieurs symptômes** étaient/ sont présents dans au moins 2 contextes différents.

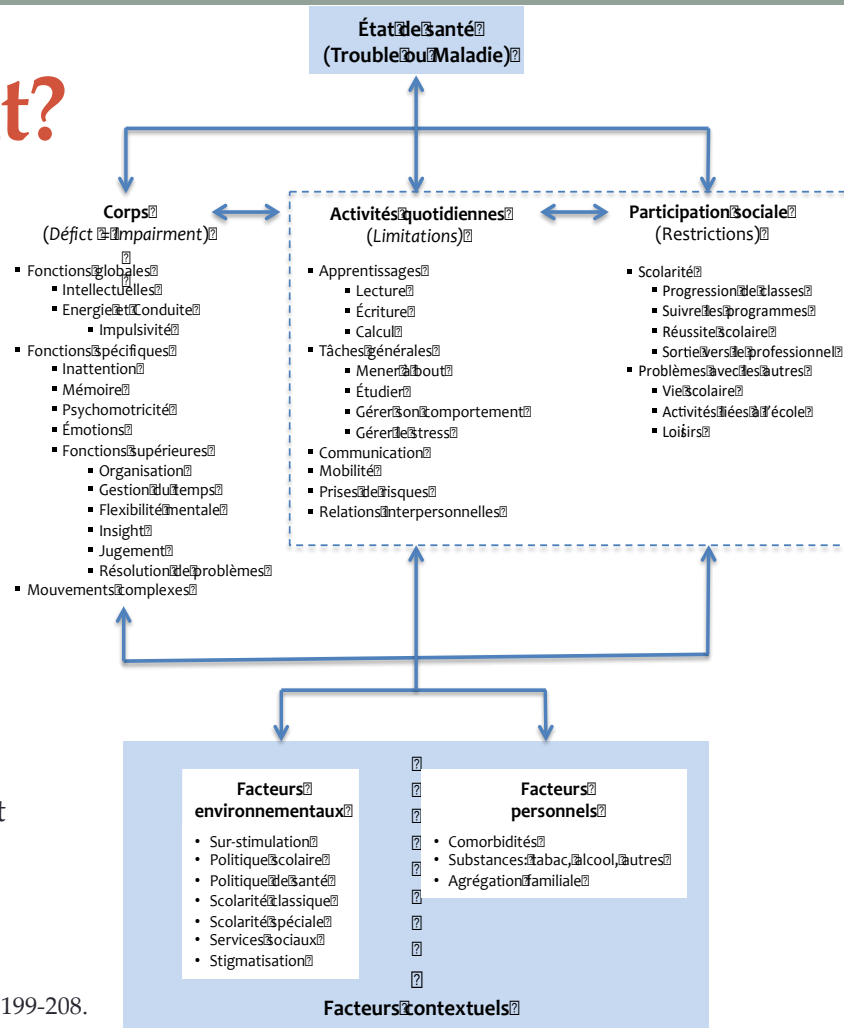
**Les symptômes interfèrent de manière cliniquement significative** avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

# Préciser aussi...

- En *rémission partielle* lorsqu'au cours des 6 derniers mois le nombre minimal requis de symptômes n'est *plus* atteint et que les symptômes présents continuent à entraîner une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel
- Le *degré de sévérité*:
  - Léger: 6 (ou 5) symptômes avec altérations mineures du fonctionnement
  - Moyen: intermédiaire entre « léger » et « grave »
  - Grave: plusieurs symptômes au-delà du seuil requis, plusieurs symptômes particulièrement graves ou altération marquée du fonctionnement.

# Évaluer le retentissement?

- L'intensité des symptômes est *faiblement* corrélée au retentissement fonctionnel!
  - 3/4 des enfants avec TDAH ont un retentissement significatif
- Faible intérêt des échelles de qualité de vie.
- Examiner plusieurs domaines:
  - Personnel
  - Scolaire
  - Familial
- Instruments plus pertinents:
  - Young-DIVA
  - Weiss Functional Impairment Rating Scale
  - ADHD Impact Module for Children
  - Barkley functional impairment scale: children and adolescent
  - Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents
  - CBCL: *school competence, social competence & activities*



# Informations complémentaires

- Paramètres obstétricaux:
  - terme
  - poids et taille de naissance,
  - gestité & parité,
  - voie d'accouchement (instruments?), souffrance?
  - traitements pendant la grossesse (paracétamol, valproate de sodium, antidépresseurs, etc.)?
  - vitamines (folates, fer, Gestarelle®, Gynefem®, etc.)
- Maladies avant, pendant et après la grossesse (dysfonctionnement thyroïdien, maladie auto-immune tel que thyroïdite, diabète type 1, etc.)
- Taille et poids
  - Courbes de croissance: taille, poids & IMC
- Stade de Tanner (nécessiterait de déshabiller l'enfant) → interrogatoire voire questionnaire
- Dépistage systématique:
  - du TDAH chez les parents → ASRS 1.1 + WURS-29
  - du TDAH dans la fratrie
  - d'un trouble des apprentissages:
    - Sur le versant de la lecture,
    - Sur le versant de l'expression écrite
    - Sur le versant du raisonnement logico-mathématique
  - d'un TAC (+dysgraphie)
  - d'un retard d'acquisition du langage oral

# Les comorbidités

- Autres troubles du neuro-développement
  - TSA
  - Tics chroniques et syndrome de Gilles de la Tourette, etc.
- Autres troubles psychiatriques
- Troubles somatiques:
  - énurésie et/ou encoprésie
  - atopie
  - surpoids/obésité
- Sommeil:
  - Dépistage des troubles de l'endormissement
  - Évaluation de la qualité du sommeil
  - Hygiène du sommeil

# Prescrire des bilans complémentaires

- Orthophonique
  - Langage oral
  - Langage écrit
  - Cognitions logico-mathématiques
- Neuropsychologique
  - WISC-5
  - Epreuves attentionnelles, etc.
- Psychomoteur
- Ergothérapie
- Biologique sanguin:
  - NFS
  - Bilan martial
  - Bilan thyroïdien comprenant la T3 libre
  - PHADIATOP®
- Pneumo/allergologie:
  - Si PHADIATOP® positif
  - Si asthme, ronflement, apnées du sommeil
- Cardiaque avant traitement uniquement si:
  - Signes fonctionnels et/ou antécédents personnels
  - Antécédents familiaux de malformation cardiaque, de mort inexpliquée du nourrisson, de problème cardiaque voire décès jeune, etc.
- Neurologique:
  - Doute sur une pathologie neurologique (par exemple, épilepsie ou neurofibromatose)
- Endocrinologique:
  - Obésité
  - Retard de croissance,
  - Retard pubertaire,
  - Puberté précoce ou puberté avancée
- Génétique si point d'appel:
  - RCIU
  - Retard global de croissance
  - Retard mental

# Prise en charge

- Aménagements pédagogiques:
  - PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)
  - PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)
  - Examens (site AM-EX): DNB, CAP, Baccalauréat, concours, etc.
- Psychoéducation du patient et de son entourage
- Programmes d'Entraînement aux Habilités Parentales (PEHP)
- Suivi mensuel
  - De l'alimentation et du poids (IMC) → compléments alimentaires éventuellement
  - Du sommeil → hygiène du sommeil ± mélatonine
  - Du schéma thérapeutique médicamenteux si besoin
- Suivi semestriel de la taille (IMC)
- Gestion des comorbidités:
  - TOP et instabilité émotionnelle voire TC
  - Troubles anxieux (refus scolaire?)
- Evaluer régulièrement l'évolution des retentissements
- Préparer la transition vers la psychiatrie adulte pour les cas les plus sévères



# Conclusion

- Le TDAH est un *trouble du neuro-développement fréquent* qui persiste à l'âge adulte dans plus de la moitié des cas.
- Le TDAH répond à la définition d'une situation de *handicap invisible*.
- L'intensité et la variété des *retentissements* doivent guider les décisions thérapeutiques.
- Les *comorbidités* viennent compliquer le tableau clinique et la prise en charge. Elles peuvent évoluer dans le temps.
- Pour les cas les plus sévères (comorbidités et retentissements persistants), le pédopsychiatre doit pouvoir préparer la *transition* vers la psychiatrie adulte.