

TDAH : les recos face à une offre de soin insuffisante

Si les recommandations de la Haute Autorité de santé ont apporté un meilleur éclairage sur la démarche diagnostique et des précisions sur la prise en charge thérapeutique des enfants et adolescents atteints de TDAH, leur parcours de soins reste souvent difficile. Pourtant ce trouble, qui concerne 5% des enfants et près de 3% de la population des adultes, représente un véritable problème de santé publique (1).

Trouble du neurodéveloppement caractérisé par des troubles d'attention associés, ou non, à de l'impulsivité et à de l'hyperactivité, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) se manifeste dans l'enfance et affecte la vie scolaire, relationnelle et familiale. Ces symptômes persistent à l'âge adulte dans la moitié des cas environ. Le TDAH s'associe fréquemment à d'autres troubles comme les troubles « dys », le trouble du développement de la coordination (dysgraphie...), les troubles anxieux, du comportement, tels que les troubles oppositionnels avec provocation ou les troubles des conduites, les troubles du sommeil, les troubles de l'humeur et à des manifestations de dysrégulation émotionnelle.

L'expression du TDAH varie selon le sexe. La forme combinée serait plus fréquente chez les garçons alors que la forme inattentive serait plus fréquente chez les filles, ce qui rend le TDAH moins repérable chez elles.

L'atteinte des fonctions attentionnelles affecte également les fonctions exécutives, comme le contrôle de l'inhibition motrice ou verbale, la planification, l'organisation, la flexibilité cognitive et la mémoire de travail. L'étiologie du TDAH n'est que partiellement connue. Elle intrique des facteurs génétiques et épigénétiques ainsi que des facteurs environnementaux, exogènes, les événements périnataux ou anténataux et les conditions socio-économiques, défavorisées notamment.

Comment faire le diagnostic ?

L'interrogatoire vise à recueillir l'ensemble des éléments de la trajectoire développementale de l'enfant et reprend l'histoire familiale, sur le plan médical et psycho-affectif.



Le parcours de soins tracé par la HAS n'est pas toujours réalisable faute de professionnels disponibles

VOISIN/PHANIE

Le parcours scolaire est aussi examiné, afin de déterminer le moment d'apparition des troubles et les éventuelles répercussions sur les apprentissages. On recherchera des éléments d'instabilité psychomotrice et d'impulsivité, des troubles attentionnels, des difficultés d'organisation et de planification et des signes associés comme l'anxiété ou les troubles de l'humeur. On recherchera aussi les troubles du sommeil, les troubles du comportement alimentaire et les difficultés relationnelles ainsi que des signes évocateurs d'autres troubles du neurodéveloppement, comme ceux du spectre autistique. Les recommandations proposées par la HAS rappellent que l'examen clinique doit comporter un examen cardiaque avec prise de la pression artérielle, un examen cutané, l'évaluation de la croissance statur pondérale et d'éventuels troubles de la coordination. Il éliminera d'autres troubles somatiques pouvant affecter le fonctionnement psycho-affectif de l'enfant (2).

Cette analyse s'appuie sur les critères diagnostiques du DSM 5 (3). Les symptômes

L'évaluation neuropsychologique n'est pas obligatoire

d'inattention et d'hyperactivité doivent persister au moins six mois et doivent être présents avant l'âge de 12 ans ; ils doivent aussi être observés dans au moins deux environnements différents. Les signes doivent présenter des conséquences sur le fonction-

nement social et scolaire de l'enfant et sur sa qualité de vie. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble.

L'évaluation neuropsychologique n'est pas obligatoire pour poser le diagnostic mais peut aider à comprendre le fonctionnement cognitif. Des bilans complémentaires ciblés seront demandés en fonction des comorbidités (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie...).

Quelle prise en charge ?

Les interventions non médicamenteuses englobent la psycho-éducation, des programmes d'entraînement aux habiletés parentales, les thérapies cognitives et comportementales et des adaptations pédagogiques, avec un accompagnement scolaire ainsi que des rééducations spécifiques en fonction des comorbidités.

Les interventions médicamenteuses font appel essentiellement au méthylphénidate en première intention. Il est prescrit par un médecin spécialiste (pédiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre), pour une durée de 28 jours et sera renouvelé par le médecin traitant s'il est efficace et bien toléré.

Quel parcours de soins idéal ?

Après le repérage des signes du TDAH par les intervenants de la vie scolaire et des acteurs de soins de première ligne (généralistes, pédiatres), l'enfant est adressé à la plateforme de coordination et d'orientation, qui permet le financement des bilans et des rééducations précoces nécessaires. Il est orienté vers un médecin spécialiste de seconde ligne (neuropédiatre, pédopsychiatre) pour le diagnostic et les soins. Les cas complexes pourront être adressés vers une consultation d'expertise de troisième ligne.

L'accès à ces soins reste encore difficile pour bon nombre d'enfants et de familles concernés par le TDAH. Il est important de donner plus de visibilité à ce parcours afin de mettre en place des soins plus précoces et adaptés. **Dr Sarah Hadjadj, neuropédiatre, CHU Rennes/CH Vitré, médecin coordonnateur à la plateforme TND 35**

(1) Lecendreux M et al. *J Atten Disord*. 2011 Aug;15(6):516-24

(2) HAS-sante.fr, 23 sept 2024

(3) www.psychiatry.org. DSM-5-TR