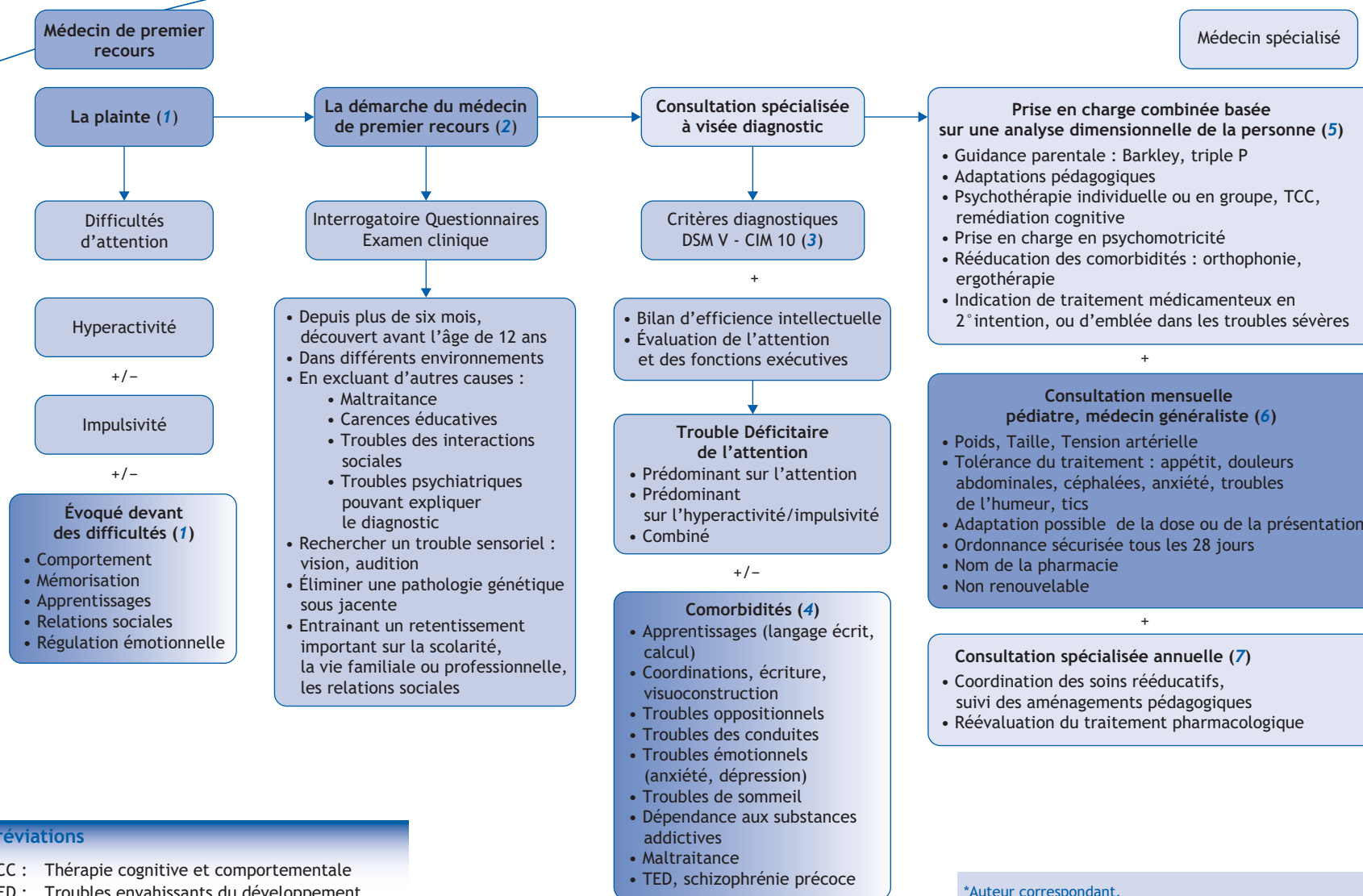


T.-N. Willig ^{a, *}, A. Gramond ^b, J.-P. Blanc ^c

^aClinique Ambroise Paré & Réseau Ptitmip, 387 Route de Saint-Simon, 31082 Toulouse, France

^bCHU Carêmeau, 4 Rue du Professeur Robert Debré, 30029 Nîmes, France

^cPédiatre, Saint Etienne, France



■ Abréviations

TCC : Thérapie cognitive et comportementale
TED : Troubles envahissants du développement

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : tn.willig1@orange.fr (T.-N. Willig).

(1) Trois groupes de symptômes peuvent amener à évoquer le diagnostic de TDA/H : ceux liés aux difficultés d'attention, ou liés à l'hyperactivité et ceux traduisant une impulsivité motrice ou cognitive. D'autres signes d'appel peuvent également motiver la demande d'aide : difficultés pour apprendre ou restituer les leçons, difficulté d'interactions sociales, difficultés de régulation émotionnelle.

(2) Première étape pour le médecin de premier recours : l'analyse de la plainte, à partir des propos de l'enfant, des parents, et des retours des autres environnements de l'enfant (école, activités sportives, centre de loisirs, cahiers, dessins, rééducateurs). Ceci peut nécessiter plusieurs consultations pour bien détailler l'histoire familiale, le parcours développemental de l'enfant, réaliser un examen clinique détaillé. Plusieurs domaines doivent être abordés : langage oral, domaine non verbal, aptitudes sociales, et apprentissages. Cette étape apporte une première orientation entre un trouble complexe lié à des antécédents périnataux, un retard global de développement, un trouble des interactions sociales, une origine génétique éventuelle, ou peuvent faire évoquer la possibilité d'un TDA/H. Dans tous les cas, une maltraitance sous-jacente doit être envisagée.

(3) Le diagnostic repose sur des critères de diagnostic, au sein de deux grandes classifications : la DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e révision), ou la CIM10 (10^e révision de la Classification Internationale des Maladies). Cette étape est habituellement réalisée dans le cadre d'une consultation spécialisée, avec en outre l'apport de questionnaires. Dans tous les cas de figure, la réalisation d'un bilan d'efficience intellectuelle est indispensable, afin notamment de confirmer le caractère spécifique du trouble suspecté (en éliminant une déficience intellectuelle). Ce bilan peut également être com-

plété par des explorations neuropsychologiques, portant sur les fonctions attentionnelles et exécutives.

(4) Dans la démarche diagnostique du médecin, celui-ci doit distinguer dans la plainte les difficultés directement liées au TDA/H, de celles liées aux comorbidités : les troubles des apprentissages, le trouble d'acquisition des coordinations, les troubles oppositionnels avec provocation, les troubles des conduites, les différents troubles émotionnels (anxiété, dépression), les troubles de sommeil, voire une dépendance aux substances addictives.

(5) Dans la consultation spécialisée, plusieurs axes de prise en charge sont proposés au travers d'une prise en charge combinée, basée sur une analyse dimensionnelle des capacités et des difficultés de l'enfant. La guidance parentale est indispensable, réalisée notamment pour les enfants présentant des troubles oppositionnels par des programmes d'entraînement aux habiletés parentales sous forme de groupes de Barkley. Les adaptations pédagogiques sont proposées en lien avec l'équipe enseignante au travers des réunions d'équipe éducative, des plans d'accompagnement personnalisés (PAP), ou des projets personnalisés de scolarisation (PPS). L'accompagnement psychologique individuel ou en groupe répond aux besoins mis en évidence lors de l'évaluation, pouvant comprendre des programmes de thérapie cognitive comportementale, de remédiation cognitive ou en psychothérapie de soutien. L'accompagnement rééducatif par un psychomotricien ou un neuropsychologue peut être complété par la prise en charge rééducative sur les comorbidités (orthophonie, ergothérapie). L'indication éventuelle du traitement pharmacologique par méthylphénidate intervient en seconde intention, en complément des autres approches, voire d'emblée dans les formes sévères. La mise en place du traitement médicamenteux relève de la consultation spécialisée, avec

une consultation de mise en place du traitement suivie d'une consultation de suivi pour déterminer le bénéfice, la tolérance et proposer si besoin une adaptation de la dose ou de la forme galénique. Il n'y a pas de nécessité d'évaluation cardiologique systématique préalable (sauf en cas d'antécédent familial de mort subite d'origine cardiaque, de troubles du rythme ou de conduction, ou chez l'enfant de cardiopathie sous-jacente).

(6) Dans le cadre du traitement médicamenteux, un suivi tous les 28 jours est réalisé par le médecin de l'enfant, pour évaluer la tolérance, rédiger la nouvelle prescription, et suivre avec la famille les difficultés éventuellement rencontrées dans la vie quotidienne et à l'école. À ce titre, le médecin doit bien connaître les effets secondaires les plus fréquents. Les troubles digestifs ou d'appétit sont le plus souvent acceptables. La majoration de tics peut en revanche devenir un obstacle et nécessiter une ré-évaluation.

(7) La surveillance spécialisée, semestrielle ou annuelle, a pour objet de vérifier les progrès de l'enfant, de suivre et de coordonner les différentes rééducations proposées, de rechercher et de prendre en charge les comorbidités en priorisant les propositions, et de déterminer si le traitement pharmacologique reste encore nécessaire.

■ Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt dans la rédaction de ce document ou sa présentation. Tous trois ont fait partie du groupe d'experts réunis dans le cadre du groupe de rédaction des recommandations de bonne pratique médicale auprès de la HAS sur la conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. HAS, décembre 2014.

■ Références

Haute autorité de santé : Synthèse de la Recommandation de bonne pratique. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. décembre 2014. http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2012536

Hauth-Charlier S, Clément C. Abord développemental du TDAH : efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales. *Can J Behav Sci* 2014;46:107-11.

Giroux S, Parent V, Guay M-C. La remédiation cognitive et la remédiation métacognitive pour les personnes ayant un TDAH : deux stratégies d'intervention novatrices et pourquoi pas complémentaires ? *J Therap Comp et Cogn* 2010;20:87-92.

Prasad V, Brogan, Mulvaney C, et al. How effective are drug treatment for children with ADHD at improving on-task behavior and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis. *Eur J Adolesc Psychiatry* 2013;22:203-16.