

# Comprendre le TDAH au sein des Troubles du NeuroDéveloppement et intervenir

Organisée par



avec le soutien de



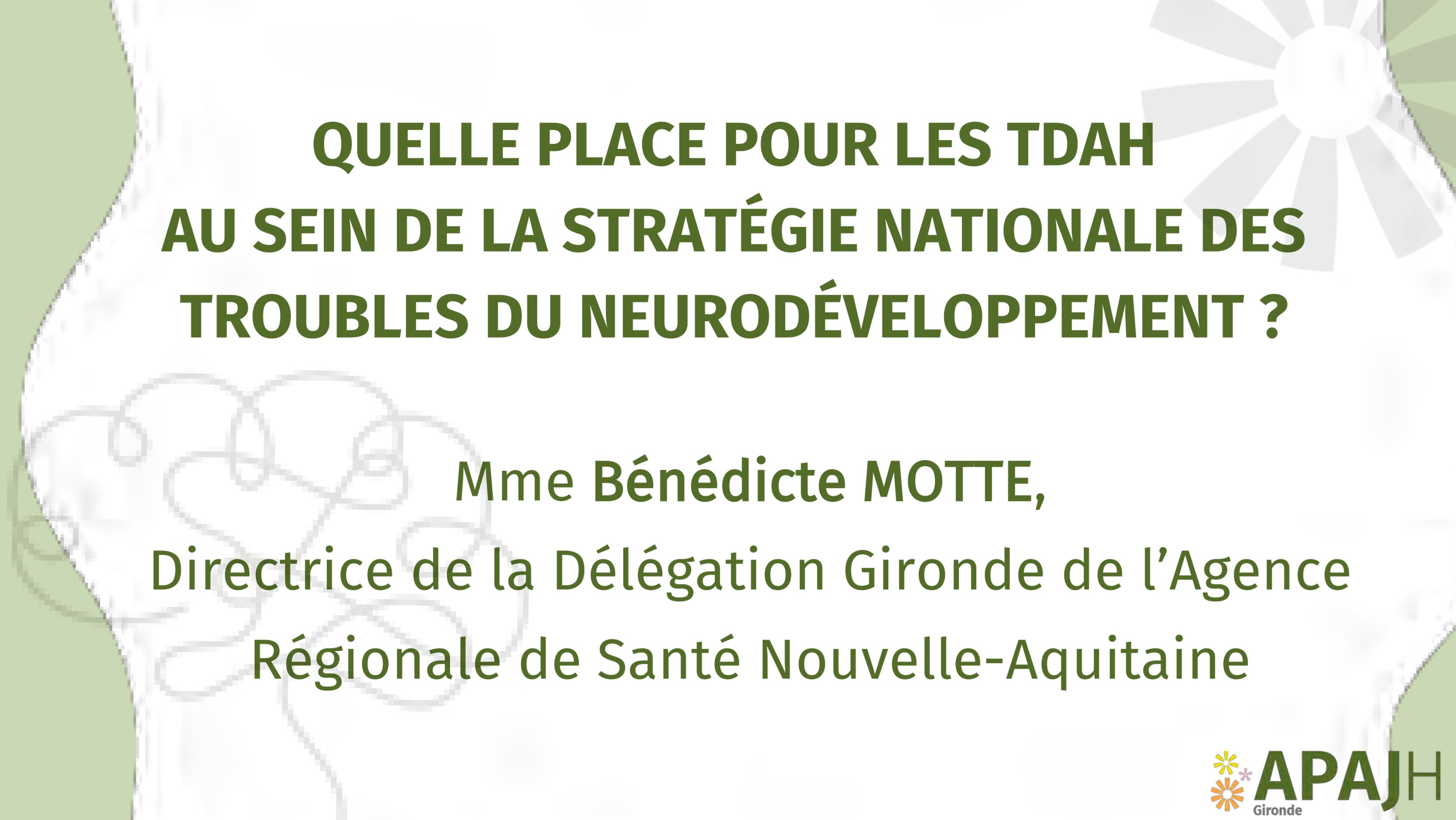
# QUELQUES MOTS DE ...

**Mr Michel KEISLER**

**Directeur Général APAJH Gironde**



# **QUELLE PLACE POUR LES TDAH AU SEIN DE LA STRATÉGIE NATIONALE DES TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT ?**



**Mme Bénédicte MOTTE,**  
Directrice de la Délégation Gironde de l'Agence  
Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

# COMPRENDRE LE TDAH

Professeur Anouck AMESTOY,

Médecin Psychiatre pour l'Enfant et l'Adolescent

& Responsable de la filière des Troubles du

NeuroDéveloppement au sein du Centre

Hospitalier Charles Perrens



# Comprendre le TDAH

Pr AMESTOY Anouck

Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

filière TND, CH Charles Perrens, U Bdx

INCIA, CNRs UMR 5287



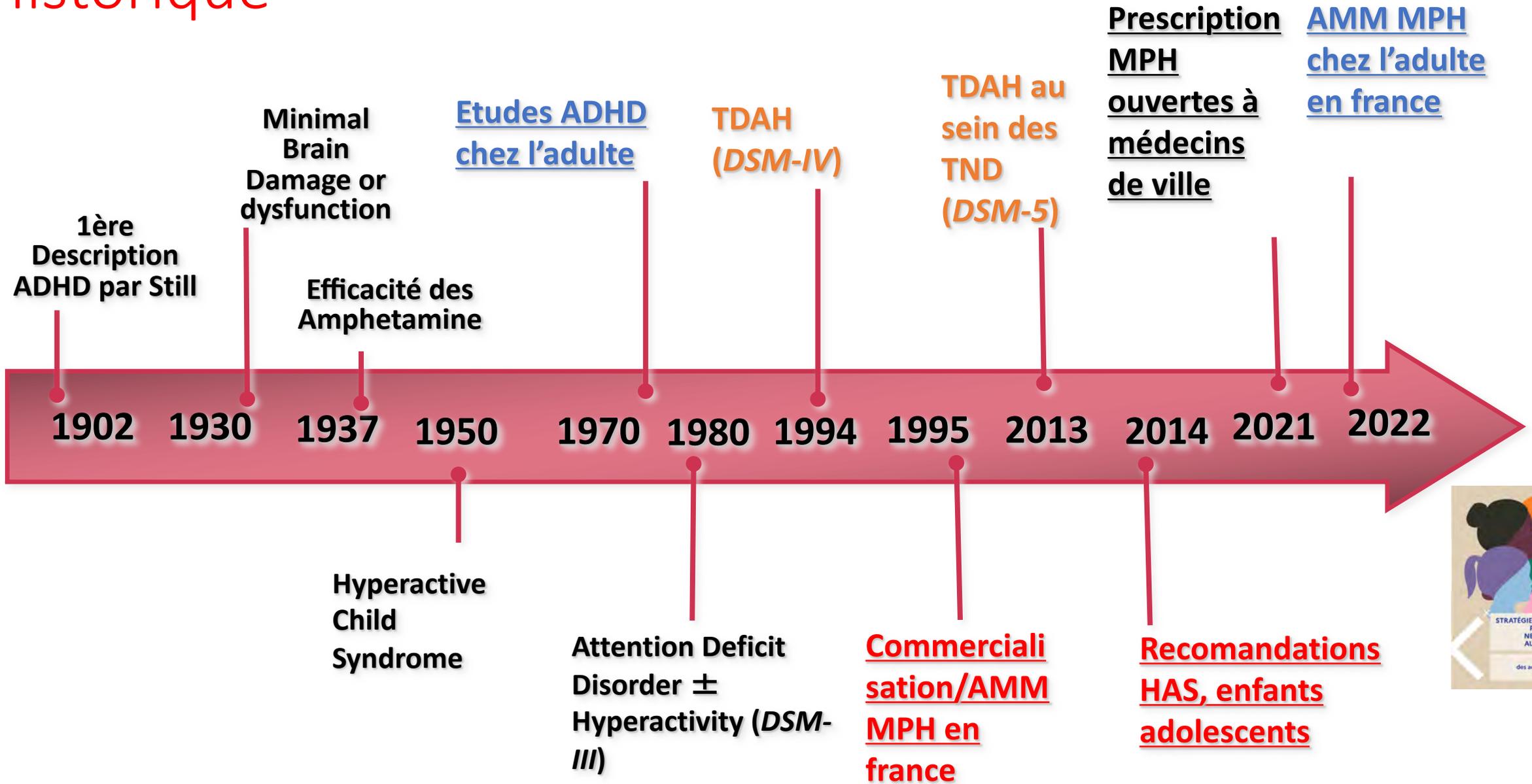
université  
de BORDEAUX



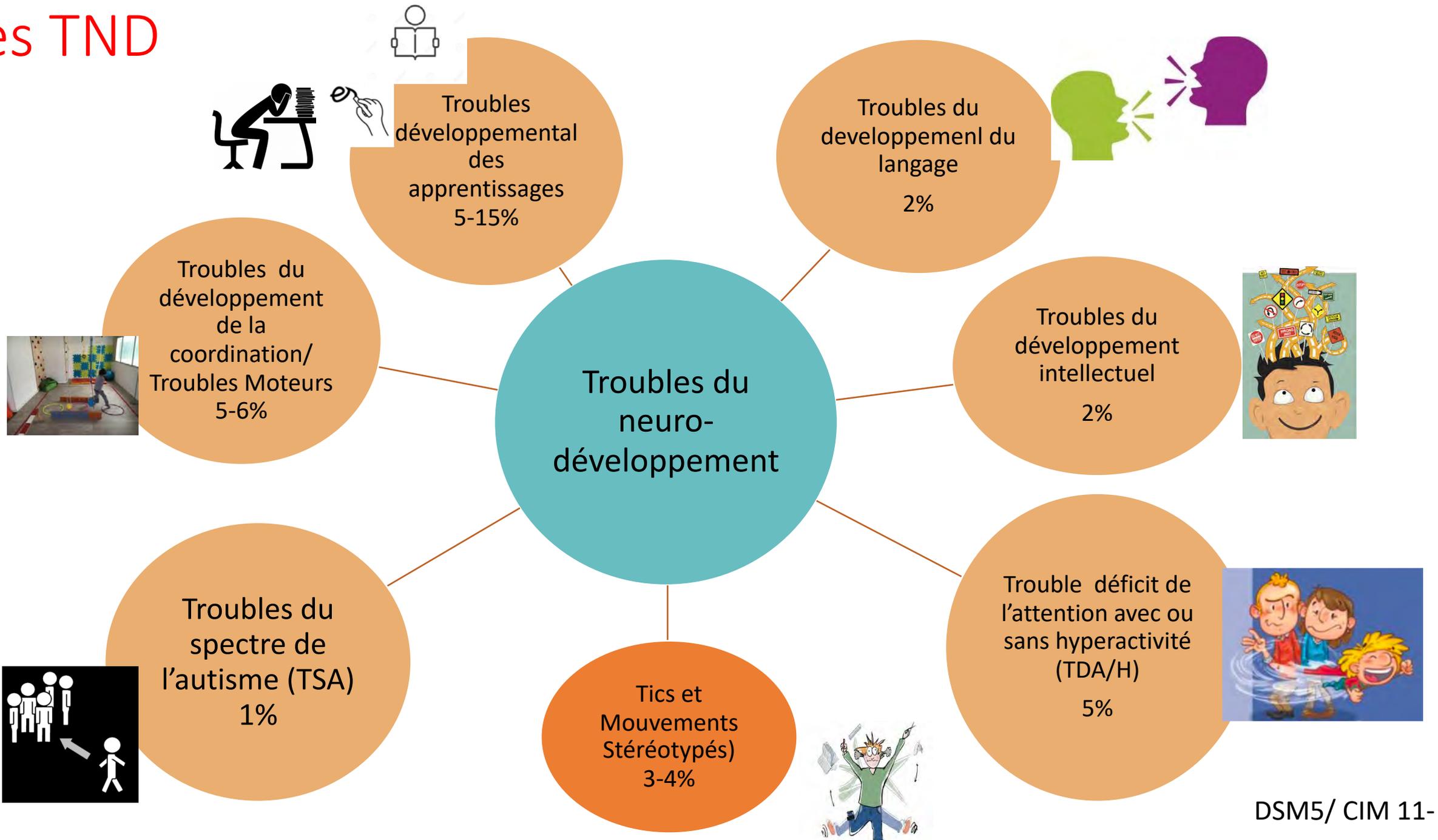
# Le TDAH c'est quoi?

- Un trouble du neurodéveloppement
- Qui concerne **5-6% des enfants /3% des adultes**
- Qui se manifeste par 3 dimensions pathologiques (la TRIADE)
- Plus **fréquents** et plus **sévères** que chez les personnes du même niveau de développement
- Qui entraîne une **souffrance**
- Constitue un groupe **hétérogène** (Etiologie/ Comorbidité/ Evolution)

# Historique



# Les TND



# Données épidémiologiques françaises

Entre **3,5 et 5,6%** % des enfants et **2,9%** des adultes

Article

## Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Features Among Children in France

Michel Lecendreux<sup>1</sup>, Eric Konofal<sup>1</sup>, and Stephen V. Faraone<sup>2</sup>

### Abstract

**Background:** Earlier studies point to the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) to be similar around the world. There is, however, a wide variety in estimates. The prevalence of ADHD in youth has never been examined in France. **Method:** Starting with 18 million telephone numbers, 7,912 numbers are randomly selected. Among the 4,186 eligible families, 1,012 (24.2%) are successfully recruited. A telephone interview is administered to all families about a child in the 6 to 12 age range. It covered family living situation, school performance, symptoms of ADHD, conduct disorder (CD), and oppositional-defiant disorder (ODD), and other features of ADHD. **Results:** The prevalence of ADHD in France is between 3.5% and 5.6%. The population prevalence of treatment for ADHD is 3.5%. ADHD youth are more likely to be men than women, and, compared to non-ADHD children, ADHD children are more likely to have CD and ODD. Having ADHD is associated with a family history of the disorder. The ADHD youth are more likely to have had learning difficulties, to have repeated a grade, and to be functioning academically below grade level. **Conclusions:** The epidemiology of ADHD in French children is similar to the epidemiology of ADHD in other countries. The disorder occurs in between 3.5% to 5.6% of youth and is more common among boys than among girls. The authors replicate the well-known association of ADHD with CD, ODD, and indices of school failure. The impact of ADHD symptoms on school performance highlights the importance of screening for such symptoms in schools. (*J. of Att. Dis.* 2011; 15(6) 516-524)

Journal of Attention Disorders  
15(6) 516-524  
© 2011 SAGE Publications  
Reprints and permissions:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/1087054710372491  
http://jad.sagepub.com  
SAGE

Randomized Controlled Trial > J Nerv Ment Dis. 2014 Apr;202(4):324-32.

doi: 10.1097/NMD.0000000000000126.

## Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample

Hervé M Caci<sup>1</sup>, Alexandre J S Morin, Antoine Tran

Affiliations + expand

PMID: 24647218 DOI: 10.1097/NMD.0000000000000126

Free article

### Abstract

Validated tools are lacking in languages such as French to diagnose attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. The Adult ADHD Symptoms Self-Report (ASRS) was filled out by 1171 parents of 900 school-aged youths in the context of the Children and Parents With ADHD and Related Disorders study. Prevalence estimates based on three scoring methods are compared (6-item screener, all 18 items, or the screener followed by the 12 remaining items). On the basis of the recommended and more conservative scoring method, the overall prevalence of ADHD symptoms is estimated to be 2.99%, without significant group differences between sexes or between younger and older adults. Potential correlates of ADHD symptoms were also examined in their relatives (children, brothers/sisters, uncles/aunts, and parents) as follows: birth order, level of education, body mass index categories, enuresis, suicide attempts, depression, and learning disabilities. Adults can be screened for ADHD symptoms using the ASRS; negative long-term outcomes should be assessed in patients' relatives too.

## Classe d'hyperactifs

Plonk et Replonk



La classe d'hyperactifs de M<sup>lle</sup> Bemolle

En France > **deux millions de personnes**, dont 640.000 de personnes moins de 20 ans sont concernées

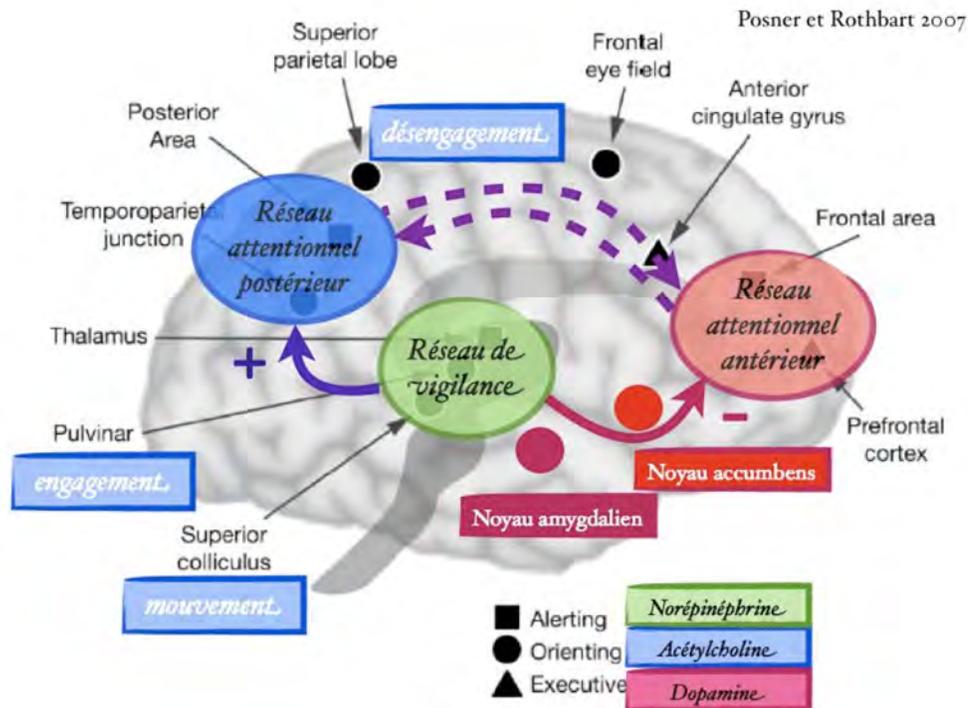
# La TRIADE de symptômes



L'attention: c'est quoi?

# L'attention: c'est quoi?

- plusieurs modèles cognitifs (Van Zomerén & Brouwer, 1994; Barkeley, 1997, Posner, 2007/2012...)
- un réseau de neurones connectés
- impliquant de nombreuses régions cérébrales
- liens / Fonctions exécutives



## 1. Système de vigilance/alerte ou Intensité

## 2. Système d'orientation ou de sélectivité:

- attention focalisée
- attention divisée
- réseau du « **mode par défaut** » responsable de l'attention dirigée vers nos états intérieurs et nos pensées

## 3. Système d'attention exécutive: poursuivre un objectif lorsque de la distraction ou des réponses habituelles doivent être **inhibées** / implique la **flexibilité**

# Critères d'inattention (6/9)

- Fait beaucoup de fautes d'inattention/ d'étourderie
- Difficultés à soutenir son attention dans les jeux ou le travail: à aller jusqu'au bout, à terminer
- Semble ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- Difficultés à suivre les consignes
- Difficultés à initier l'effort
- Difficultés à organiser ses travaux ou activités
- N'aime pas ou évite les tâches qui demandent un effort mental soutenu
- Perd ses affaires
- Facilement distrait
- Oublis fréquents dans la vie quotidienne

# TDAH et le « défaut d'inhibition de réponse »

Un dysfonctionnement des fonctions exécutives ?



## La vie quotidienne avec un dysfonctionnement exécutif

- Impulsif, inattentif
- ne semble **pas apprendre de ses erreurs**
- **difficulté à gérer les priorités**
- difficultés à **organiser** le travail à faire
- Difficultés de **gestion du temps**



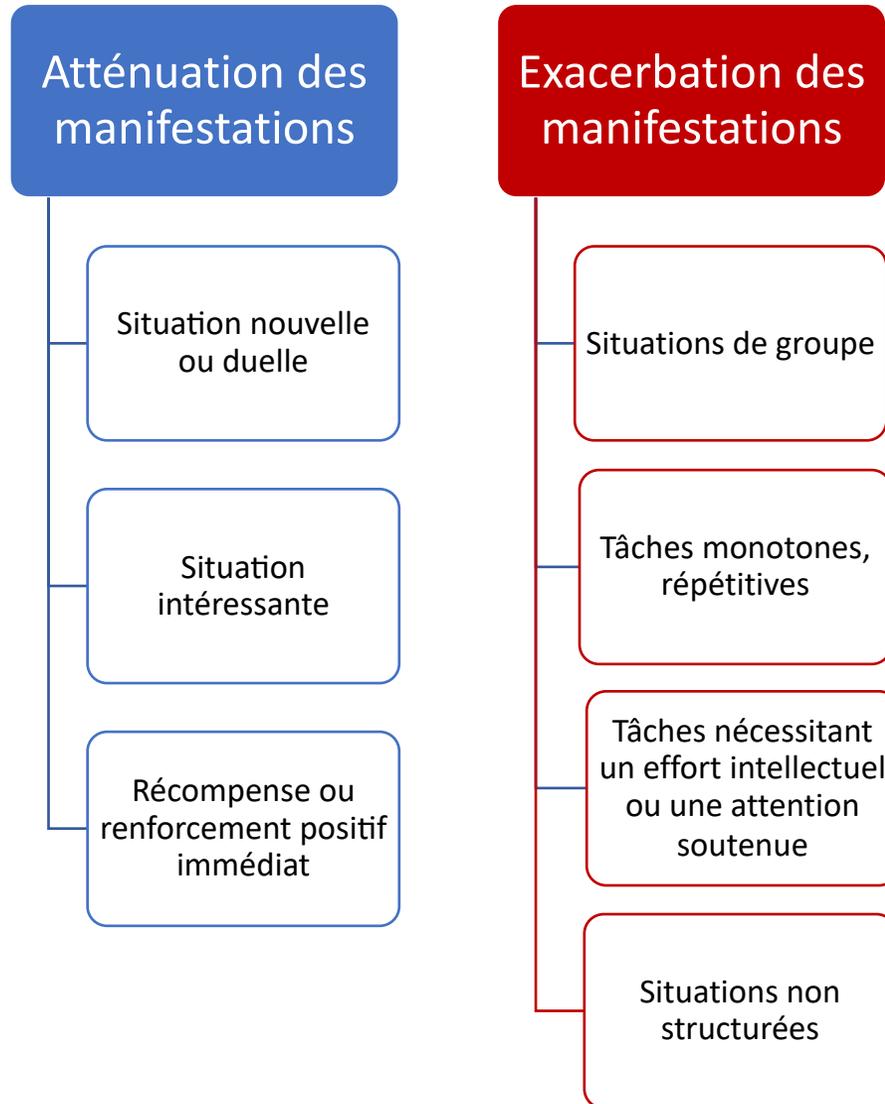
# Critères d'impulsivité et hyperactivité (6/9)

- Se précipite pour répondre aux questions
- Difficultés à attendre son tour
- Interrompt les autres, impose sa présence, coupe la parole
- Remue souvent les mains ou les pieds, se tortille sur sa chaise
- Difficultés à rester assis
- Court ou grimpe partout
- Difficultés à jouer tranquillement
- Souvent sur la brèche, monté sur ressorts
- Parle trop

# Autres critères diagnostiques

- Début des symptômes **avant 12 ans**
- Pendant au moins **6 mois**
- Dans au moins **deux milieux de vie**
- Les symptômes entraînent une **souffrance**
- Aucun autre trouble n'explique mieux les symptômes

# Des signes qui peuvent varier...



# Les 3 Sous-types de TDA/H

- **Type 1 avec prédominance de l' Inattention :**

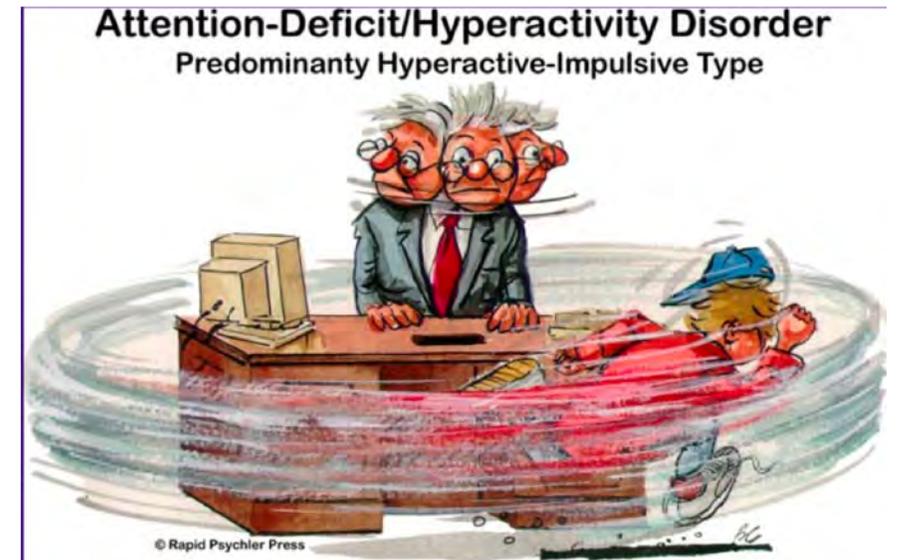
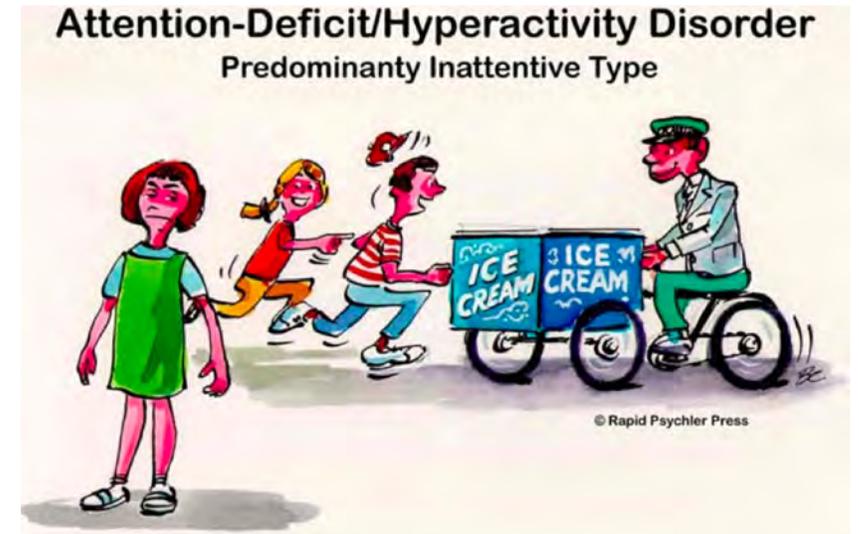
au moins 6 des 9 critères d'inattention

- **Type 2 avec prédominance de l' Hyperactivité/impulsivité:**

au moins 6 de 9 critères d'hyperactivité et impulsivité.

- **Type 3 combiné ou mixte:**

au moins 6 des 9 critères à la fois d'inattention et d'H/I.





- **15%** des enfants continuent à présenter les critères du diagnostic à l'âge de 25 ans,
- **plus de 50%** ont continué à souffrir à l'âge adulte d'altérations significatives dans plusieurs domaines notamment : les apprentissages, le fonctionnement social, les conduites à risque à l'adolescence, le maintien dans l'emploi à l'âge adulte
- le retentissement du TDAH est en lien à la fois avec la sévérité des symptômes et la présence de ces troubles associés

**61%**

Les 3  
symptômes  
sont visibles

**Forme mixte**

**Les syndromes sont fluctuants !**

Déficit  
attentionnel  
prédominant

**30%**

Hyperactivité  
et impulsivité  
dominantes

**9%**

# Attention!

Aux enfants ayant une forme TDA pure....

Déficit  
attentionnel  
prédominant



**30%**



très peu de signes  
d'impulsivité et/ou  
d'hyperactivité  
motrice.

L'enfant se fait très peu remarquer,  
si ce n'est parce qu'il est :

Lent, voire très lent.

D'une grande distractibilité.

Et peut rêver à une série de  
choses plutôt que se concentrer  
sur la matière.

Ces enfants risquent de passer  
inaperçus... tant ils sont calmes et  
ne dérangent pas.

# Attention!

Aux enfants ayant une forme précoce pré-scolaire (<7 ans)

- Agitation sans but
- Colères, agressivité envers ses pairs
- Incapacité à respecter les interdits
- Comportements de défis
- Tendance aux accidents à répétition (traumatismes, accidents domestiques...)
- Mais toujours rester prudent sur le diagnostic à cet âge (« risque de TDAH »)

# Attention!

## Aux filles/femmes avec TDAH

Les femmes avec TDAH sont **sous diagnostiquées**

Stéréotypes de genre++

**= Biais d'évaluation**

- Enseignants = sur-dépistage des garçons et sous dépistage fille
- Parents = sous-dépistage filles
- Professionnels = sous-diagnostic filles

**Recueil actif (populations cliniques)**

**SR: 10 to 3 : 1**

**ou**

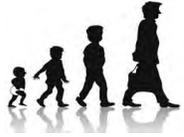
**Recueil passif (communauté)**

**SR: 2 to 1,1 : 1**

# Les conséquences du TDAH



# Les conséquences du TDAH



5-8 ans:

- = difficultés d'adaptation à la frustration, sommeil++
- = difficultés d'apprentissage donc d'autonomisation
- = difficultés de socialisation
- = accidentologie

= difficultés de socialisation

- augmentation de la demande sociale, de la vulnérabilité sociale et du rejet social: Harcèlement, maltraitance, Tr de l'estime de soi, comorbidités anxio-dépressives ++

= difficultés d'apprentissage, de scolarisation

- autres diagnostic psychiatrique erroné/errance diagnostique
- sur-handicap par les autres TND
- refus scolaire, décrochage, Tr de l'estime de soi, comorbidités anxio-dépressives ++

= difficultés d'autonomie personnelle

- Tr de l'estime de soi, comorbidités anxio-dépressives ++

= conduites à risque, opposition/provocation, troubles du comportement

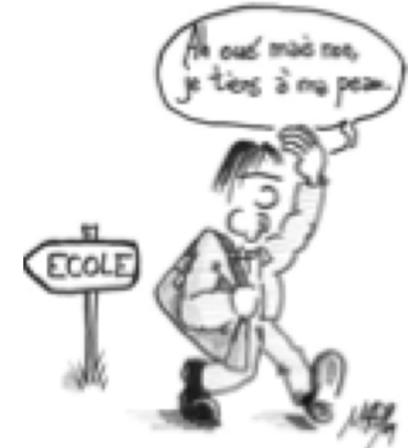
= problèmes de sensorialité, de sommeil

= problèmes d'accès aux soins ( troubles sensoriels, impulsivité, accidentologie)

12- 16 ans  
et Jeunes  
Adultes

= difficultés d'autonomie personnelle & d'insertion professionnelle

- instabilité des trajectoires professionnelles
- = conduites à risque, addictions
- = solitude, rejet, inadaptations, comorbidités anxio-dépressives ++
- = sur-handicap liés aux Tr psychiatriques, aux troubles somatiques



# Le TDAH pourquoi?

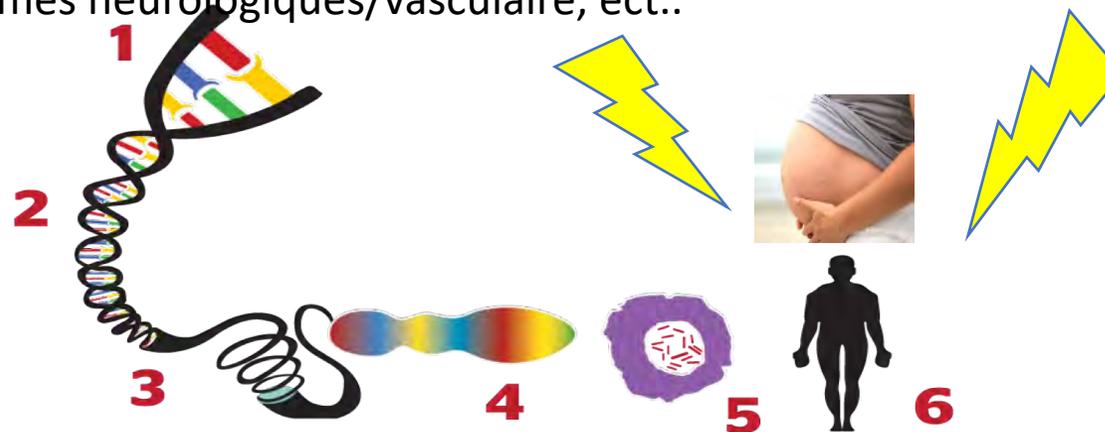
L'origine/ étiologie est **multifactorielle**: plusieurs anomalies différentes s'associent entre elles

**Génétique**: programmation génétique du développement: **Héritabilité 77-88 %**, nombreux variants commun aux autres TND

**Neuro-biologique** (structures et volume du cerveau , connectivité, métaboliques: NA et DA)

**Environnementale: Facteurs de risque consensuels: la période périnatale++++**

Infections, Toxiques (médicaments: Ac Valproïque, pesticide, pollutions, métaux lourds, alcool, ...), Nutrition ( Vit D), Réaction immuno-allergique, Traumatismes neurologiques/vasculaire, ect..



# Le TDAH: Comment?

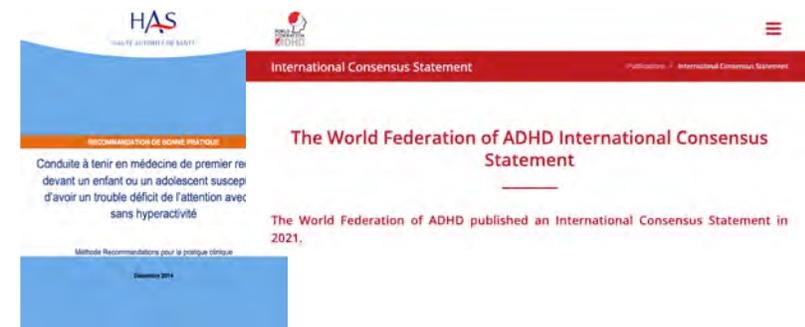
Le Diagnostic est **CLINIQUE, coordonné par un médecin**

- Une procédure de repérage et de diagnostic en cours de standardisation
- Des outils: questionnaires parents/enseignants/ adultes (ADHDRS, Conners, DIVA, BRIEF...)
- Des bilans multidisciplinaires: sensoriels, neuropsychologiques, orthophoniques, en psychomotricité, orthoptistes, clinique du sommeil (...)

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

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

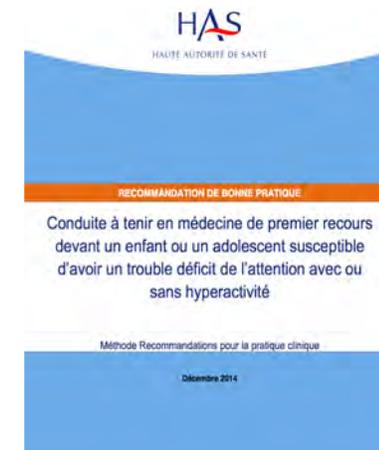
Dans le dernier mois, ceci...	0 = n'est pas du tout vrai (jamais, rarement)	1 = est un petit peu vrai (quelque fois)	2 = est assez vrai (souvent, assez souvent)	3 = est très vrai (très souvent, très fréquemment)
1. Est heureux(se), joyeux(se) et a une attitude positive.	0	1	2	3
2. Oublie durant ses activités quotidiennes.	0	1	2	3
3. Parle trop.	0	1	2	3
4. S'inquiète de beaucoup de choses.	0	1	2	3
5. Son orthographe est de mauvaise qualité.	0	1	2	3
6. Il/elle sèche des cours (absent de l'école sans autorisation).	0	1	2	3
7. Ne comprend pas ce qu'il/elle lit.	0	1	2	3
8. Il est agréable d'être avec lui/elle.	0	1	2	3
9. Mémorise bien les faits.	0	1	2	3
10. N'est pas invité/e à jouer ou à sortir avec les autres.	0	1	2	3
11. A forcé quelqu'un à avoir des activités sexuelles.	0	1	2	3
12. A de la difficulté à demeurer concentré/e sur une chose à la fois.	0	1	2	3
13. N'a pas d'amis/es.	0	1	2	3
14. Se met en colère.	0	1	2	3
15. Oublie des choses déjà apprises.	0	1	2	3
16. Intimide, menace ou fait peur aux autres.	0	1	2	3
17. Se sent sans valeur.	0	1	2	3
18. Je ne peux pas comprendre ce qui le/la rend heureux/se.	0	1	2	3
19. A la bougeotte (gigote).	0	1	2	3



# Le TDAH: avec qui?

Le Diagnostic est **CLINIQUE, coordonné par un médecin**

- Les PCO: Plateforme d'orientation et de coordination 0-12 ans
- Les professionnels libéraux
- Les équipes de niveau 2 : EDYS, CMPP, CMPEA
- Le CREDAH: Centre Référence Déficit Attention avec Hyperactivité



Localiser les PCO:

<https://handicap.gouv.fr/engagement-2>

<https://handicap.gouv.fr/les-outils-du-reperage-et-dinformation>

Brochures 0-7 ans  
Brochures 7-12 ans



La Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement met à disposition des **outils destinés aux professionnels de santé**, pour le repérage d'un développement inhabituel chez l'enfant de moins de 7 ans :

- [La brochure Repérer un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans](#) (à imprimer)
- [Le guide - Repérer un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans](#) (conçue pour cocher les cases et remplir les champs libres, directement en ligne sur le document pdf)
- [Un livret de repérage des écarts inhabituels de développement chez les enfants de 0 à 3 ans](#)
- [TndTest.com](#) (un site pour s'entraîner à repérer les écarts inhabituels de développement)
- [Une brochure à remettre aux familles pour expliquer après un repérage positif quelle est la suite du parcours](#)
- [Une affiche pour comprendre et expliquer l'ensemble du parcours de prise en charge précoce](#)
- [Une fiche sur le repérage précoce à destination des médecins généralistes](#)
- [Une fiche sur le repérage précoce à destination des pédiatres](#)
- [Une fiche sur le forfait d'intervention précoce](#)
- [Une fiche sur le parcours de bilan et d'intervention précoce](#)
- [Une fiche sur le parcours de bilan et d'intervention précoce et la Maison départementale des personnes handicapées \(MDPH\)](#)

Merci de votre attention

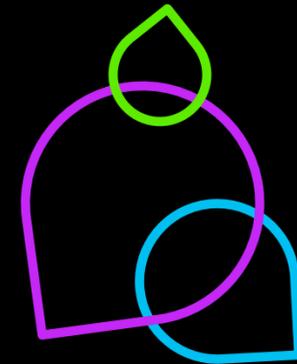
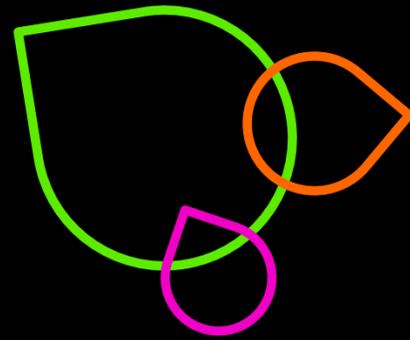
conflits d'intérêts: Néant

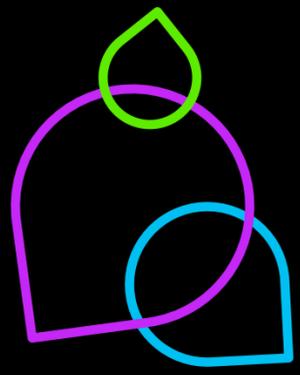
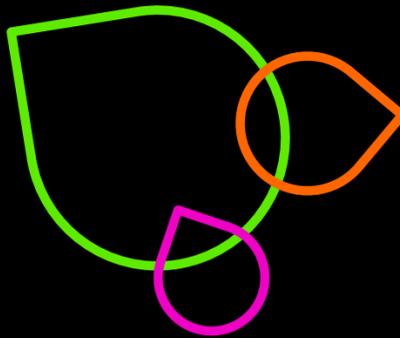
# LES COMORBIDITÉS ASSOCIÉES AU TDAH

Docteur Candice Blondeau,  
Médecin Psychiatre à l'APAJH Gironde

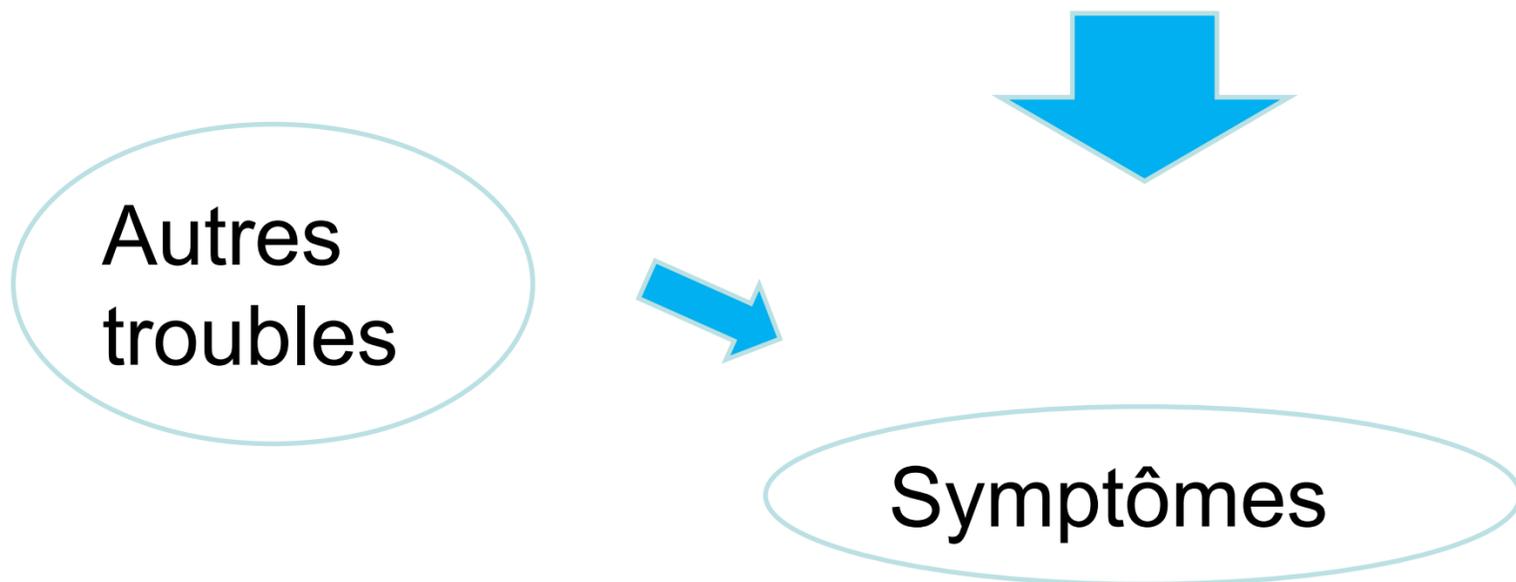
# INTRODUCTION

Le TDAH est un trouble  
de la  
REGULATION



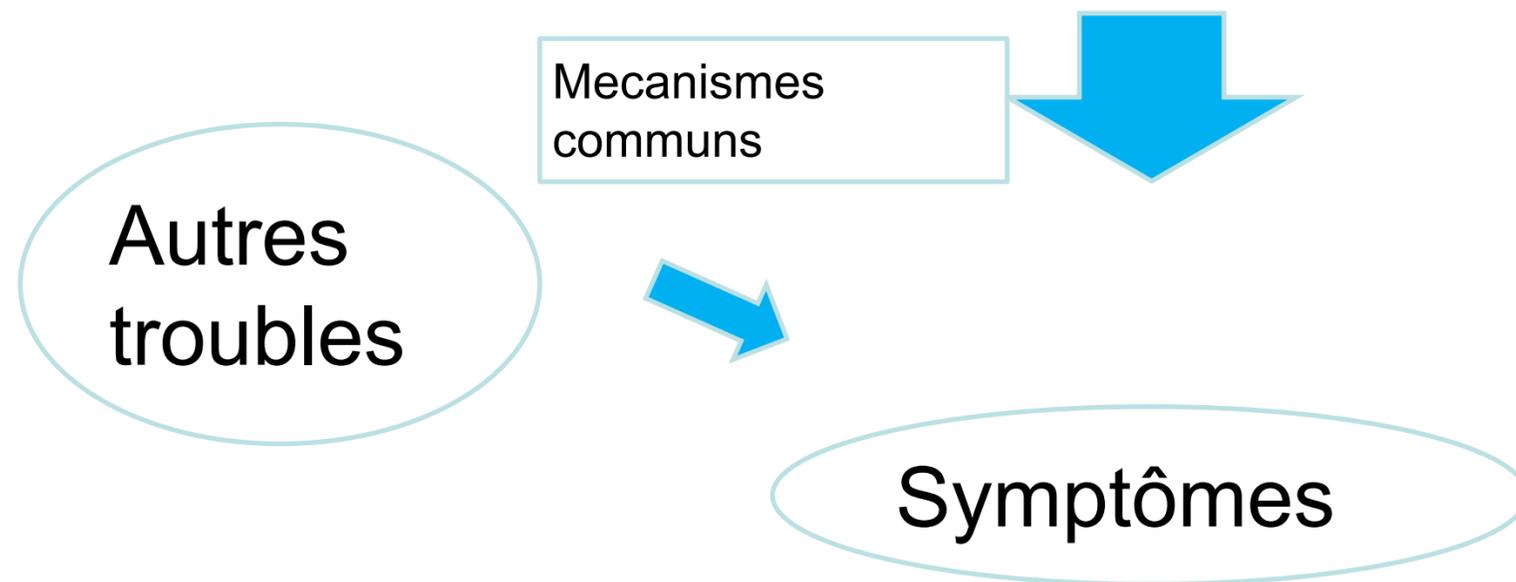


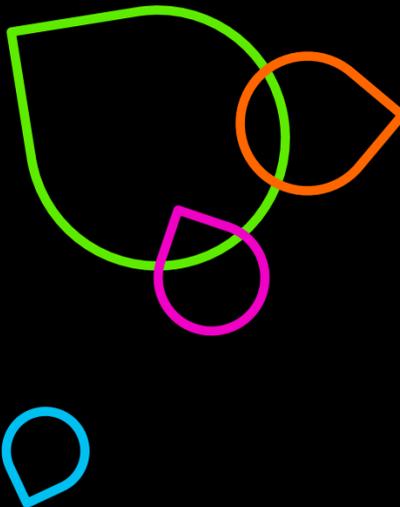
**Le TDAH est un trouble  
de la  
REGULATION**



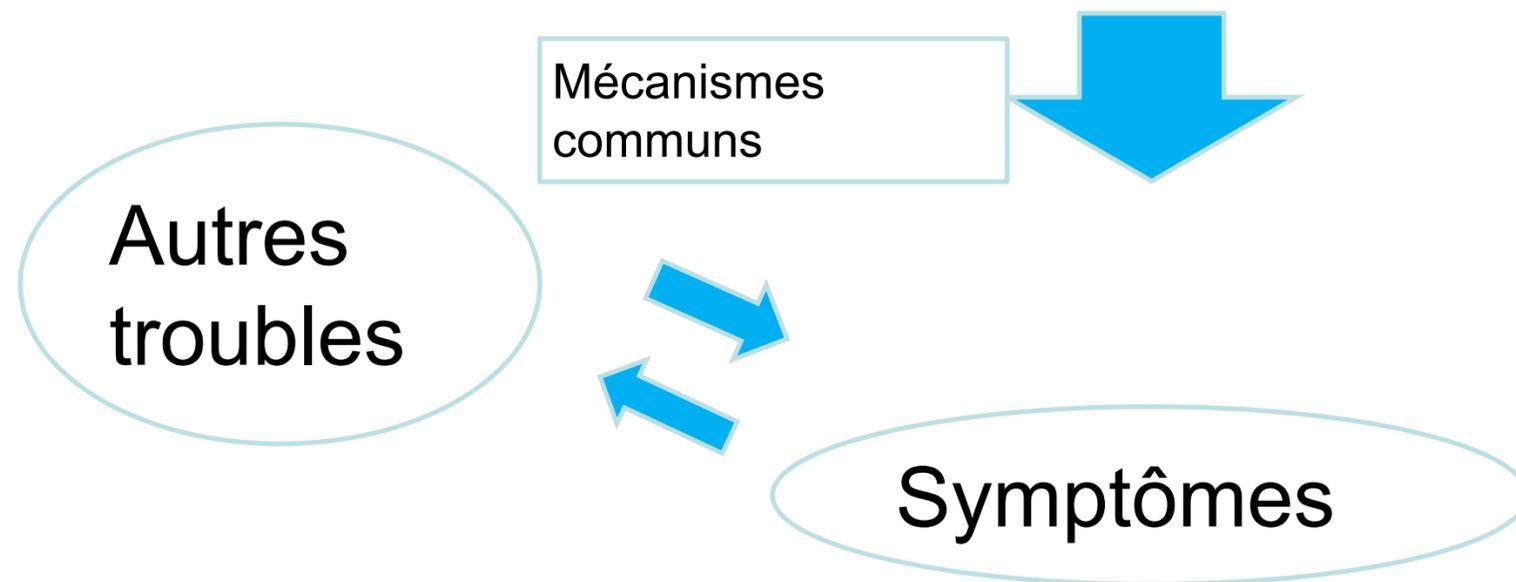
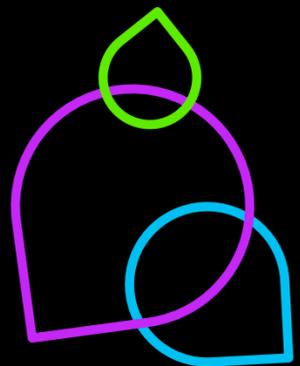


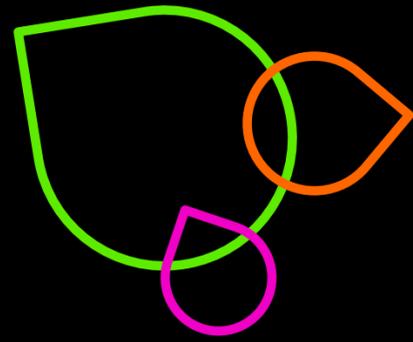
# Le TDAH est un trouble de la REGULATION



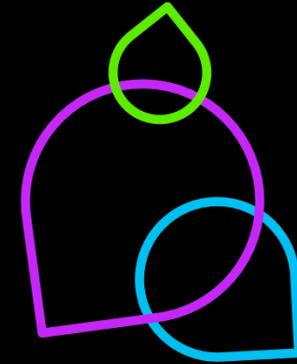


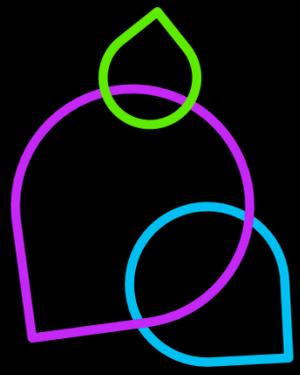
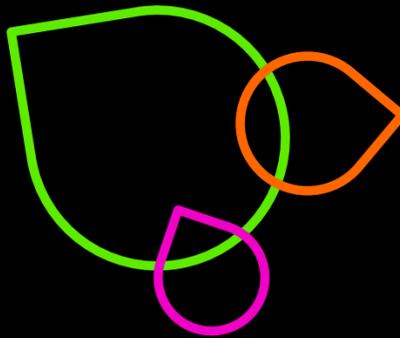
Le TDAH est un trouble  
de la  
**REGULATION**





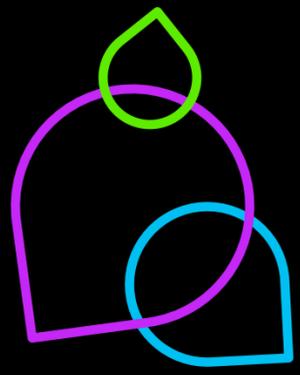
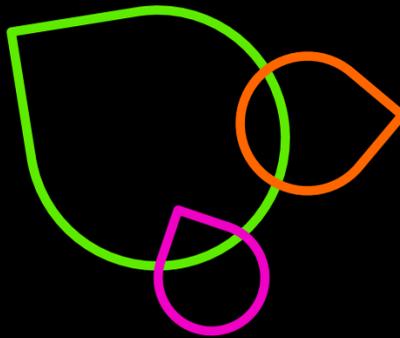
**Le TDAH est un trouble  
de la  
REGULATION**





**Le TDAH est un trouble  
de la  
REGULATION**

L'attention



**Le TDAH est un trouble  
de la  
REGULATION**

L'attention

L'activité  
motrice et  
verbale...

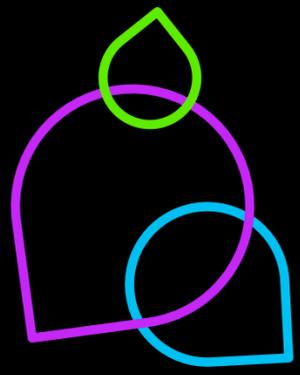
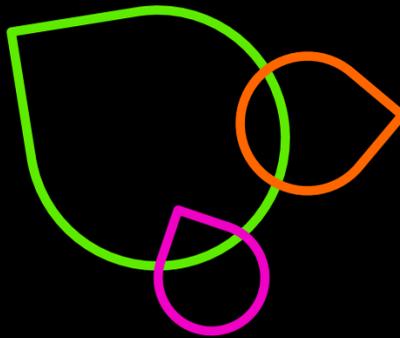


**Le TDAH est un trouble  
de la  
REGULATION**

L'attention

L'activité  
motrice et  
verbale...

L'inhibition:  
impulsivité



**Le TDAH est un trouble  
de la  
REGULATION**

L'attention

L'activité  
motrice et  
verbale...

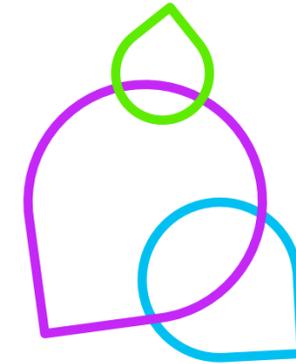
L'inhibition:  
impulsivité

La  
gestion  
des  
émotions

- I
- II
- III
- IV



# PLAN

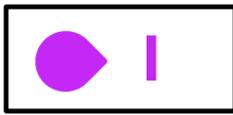


**I Diagnostics différentiels ou comorbidités?**

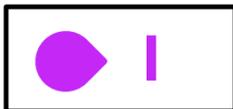
**II Quelles comorbidités?**

**III Comment repérer les comorbidités?**

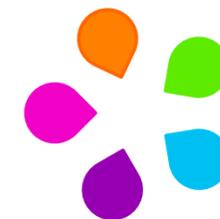
**IV Conclusion:  
devenir auteur de sa vie**



Diagnostics différentiels  
ou associés = Comorbidités?



De quoi on parle?



# Attention et diagnostics différentiels



# Qu'est ce que l'attention?

*Le rôle de différents réseaux d'aires cérébrales*

## Orientation :

- Attention Sélective, focalisée ou divisée (C.frontal)
- Orientation spatiale visuelle et orientation du regard = capture oculomotrice (C.pariétal: LIP= partie latérale du sillon intrapariétal).

## Maintien : intensité et durée

- Vigilance, éveil (formation réticulée, tronc cérébral), Attention soutenue
- Alerte (zone temporo-pariétale de l'hémisphère droit)

## Contrôle : Flexibilité

- Attention exécutive: choix de la pertinence de la CIBLE (C.frontal)



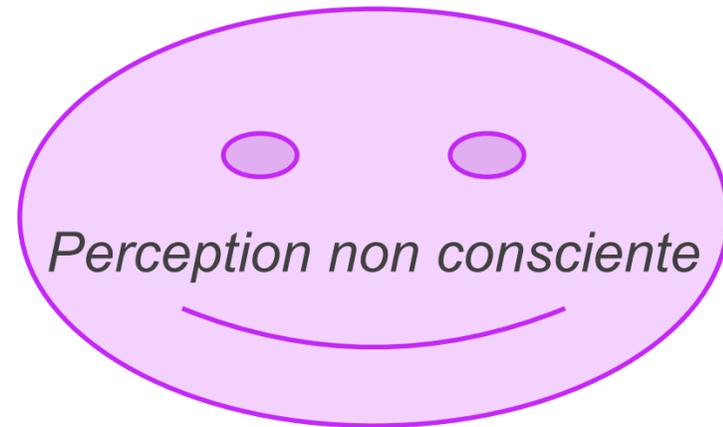
# Qu'est ce que: L'attention?            Le déficit d'attention?



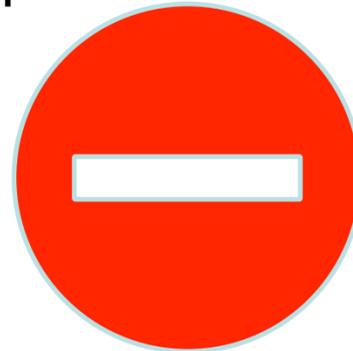
*Un rôle commun :  
sélectionner des  
« brigades de neurones »*

*Une erreur de sélection...*

# A quoi sert l'attention?

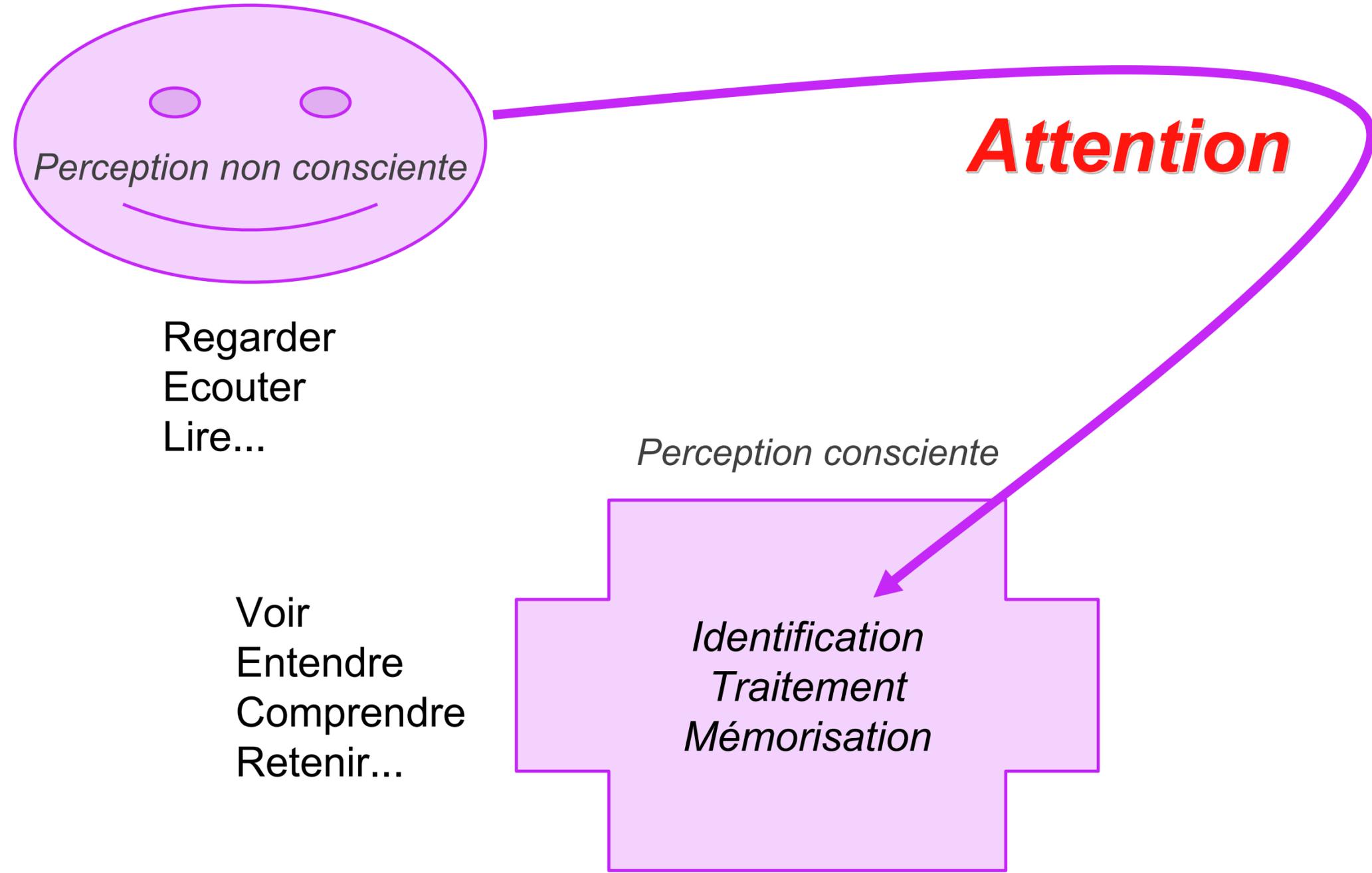


Regarder  
Ecouter  
Lire...



Voir  
Entendre  
Comprendre  
Retenir...

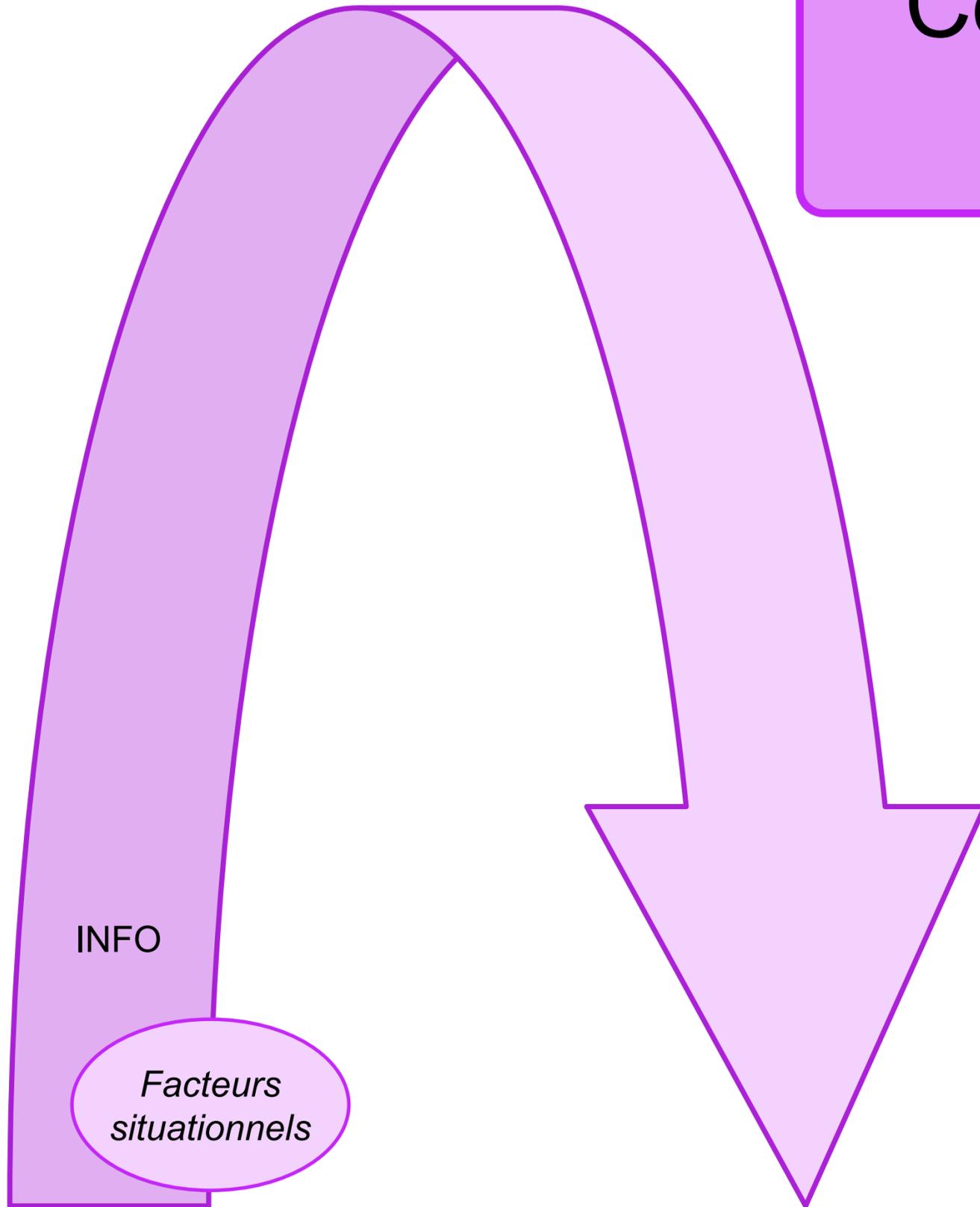
# A quoi sert l'attention?



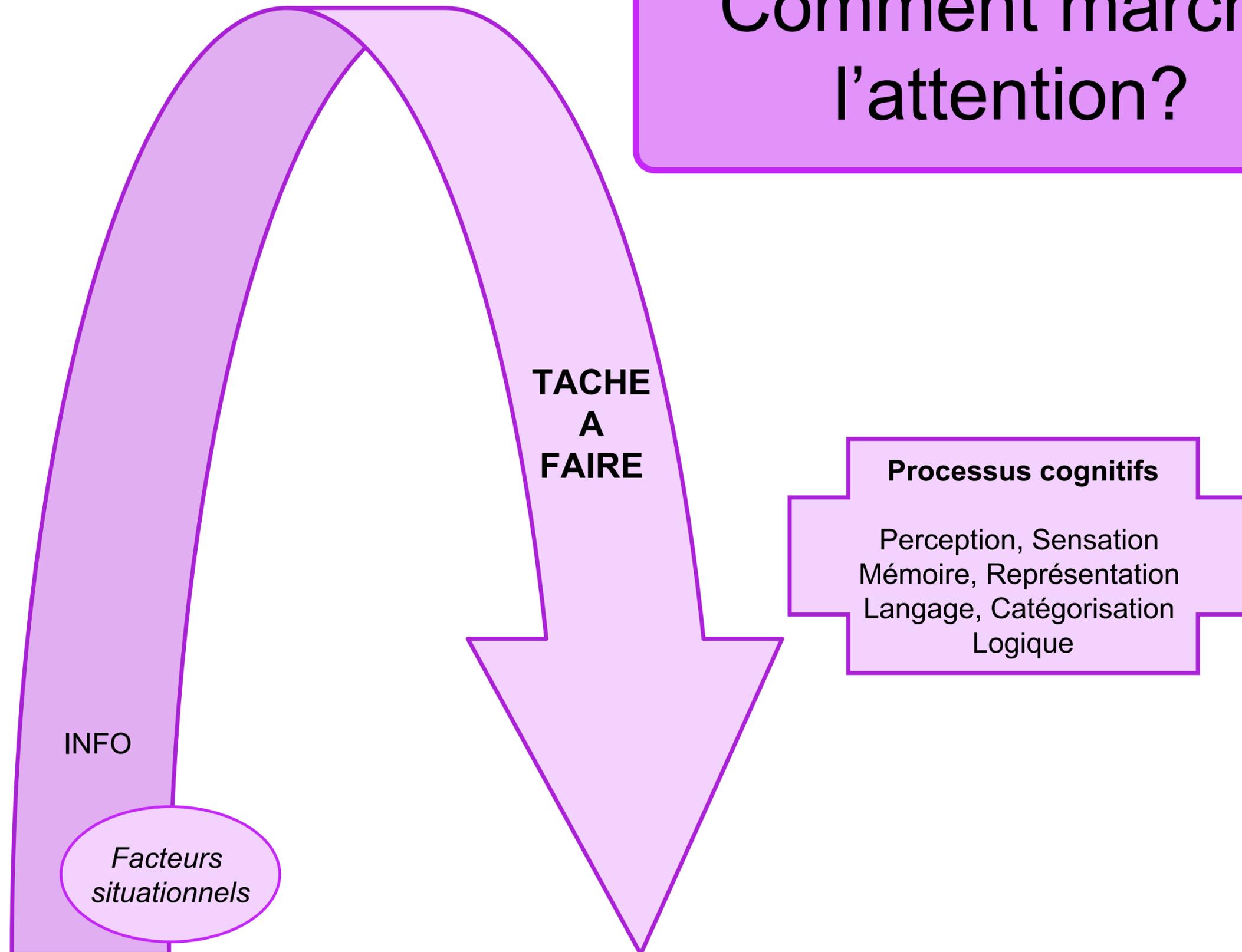
Comment marche  
l'attention?

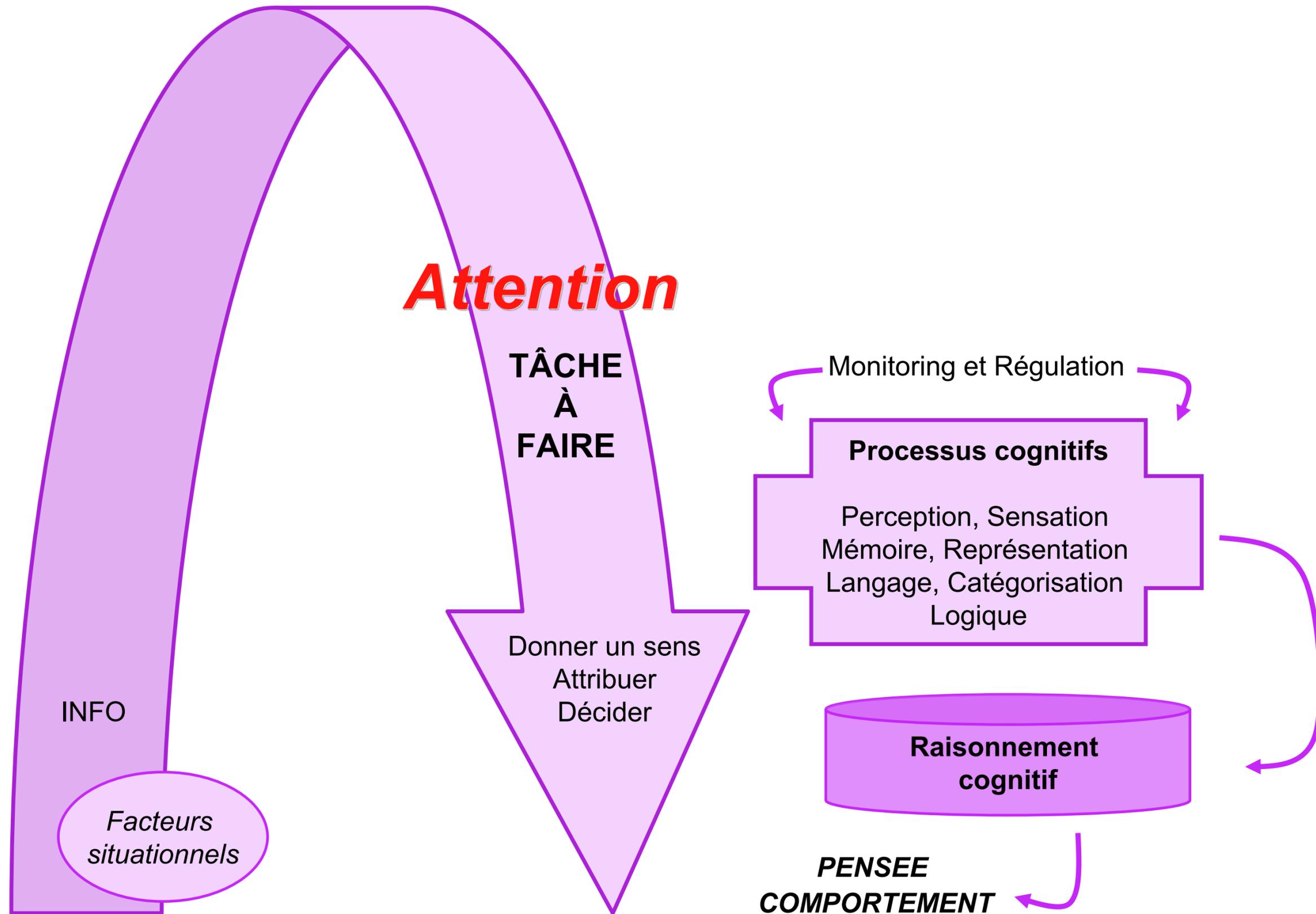
INFO

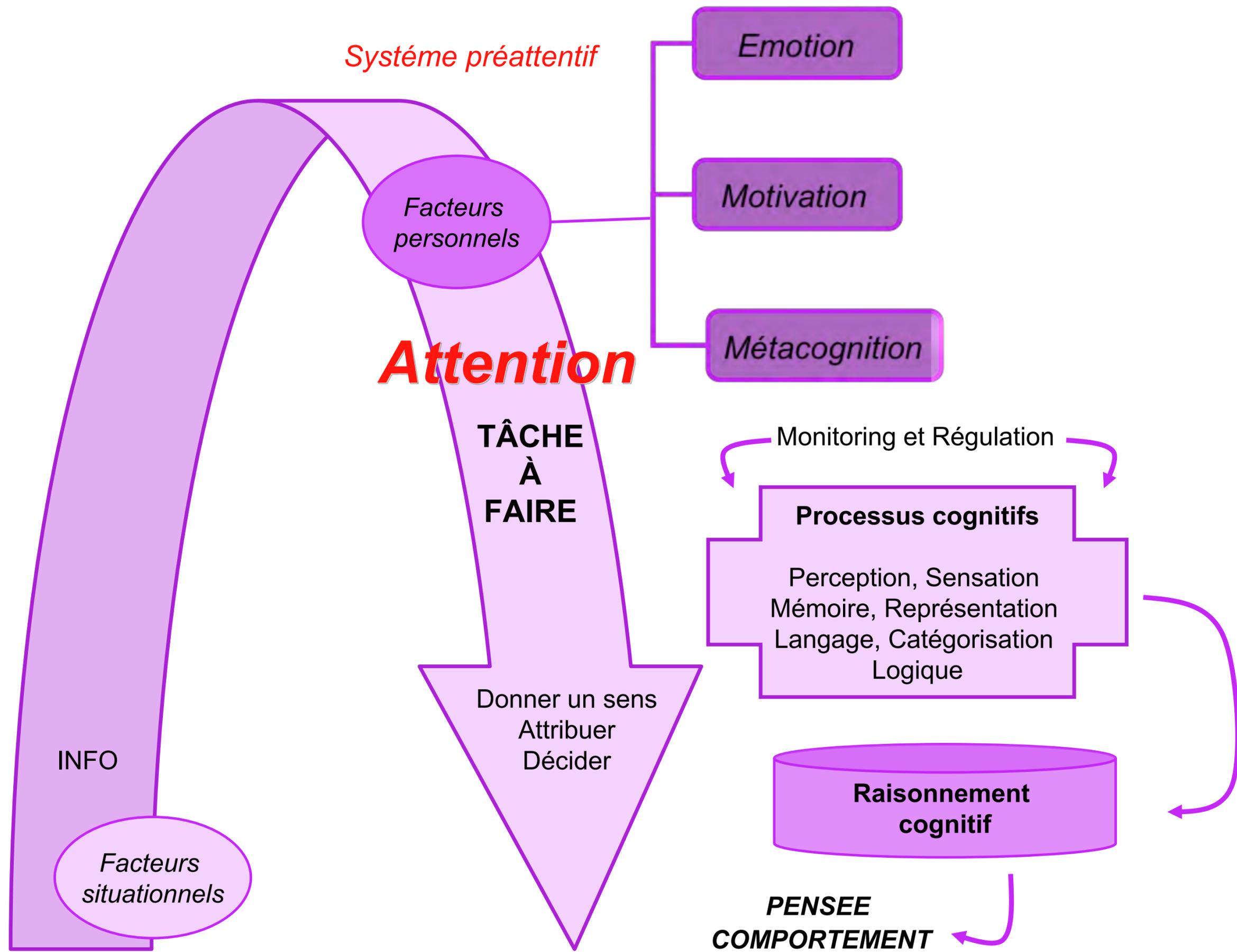
*Facteurs  
situationnels*

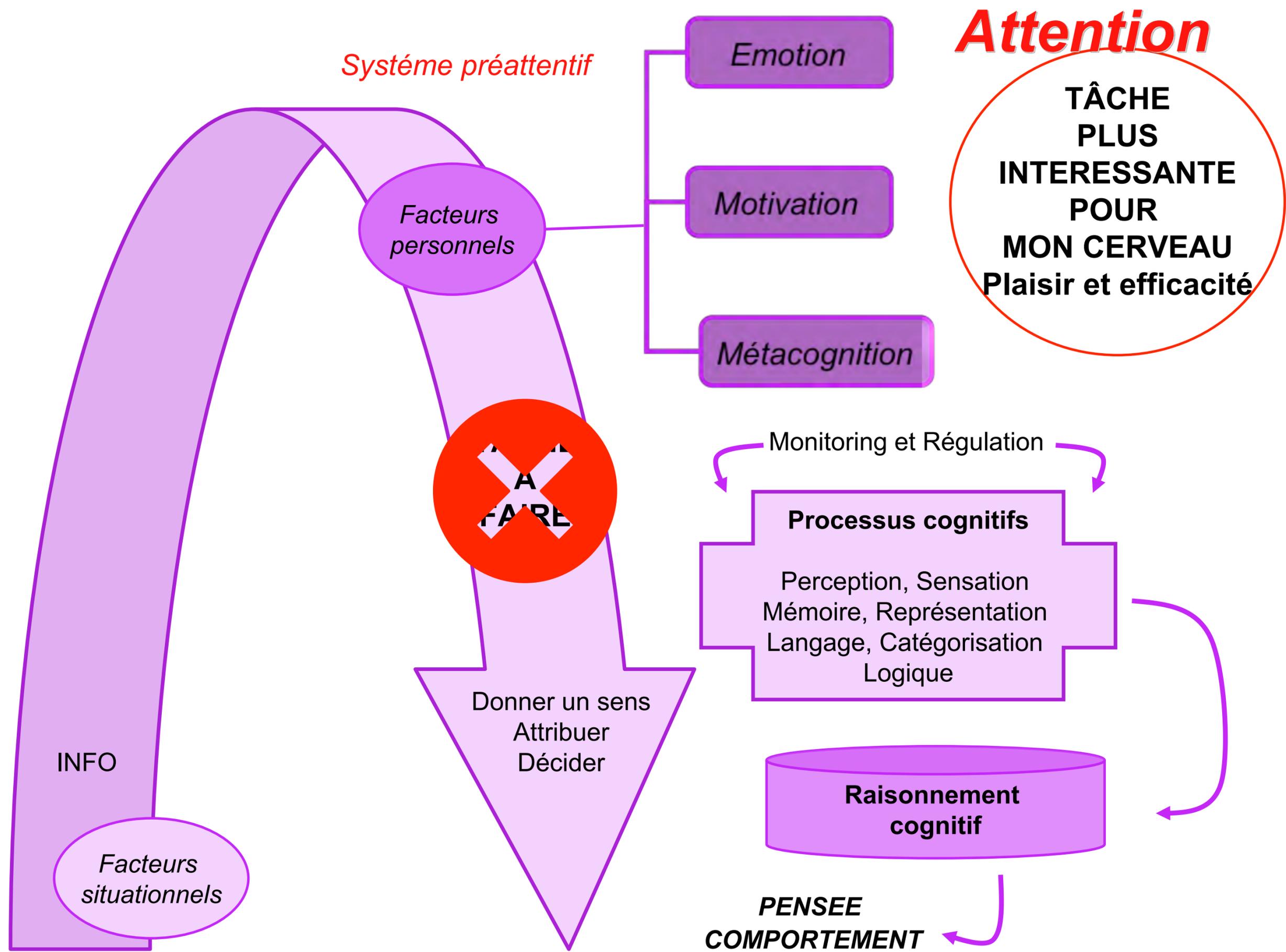


# Comment marche l'attention?









# Les modifications non pathologiques de l'attention



Condition physique  
(douleur, sommeil)



Disponibilité psychique  
(soucis)



Conditions extérieures  
difficiles



Jour de la semaine  
et heure de la journée



Motivation



Stimulus pertinent,  
imprévisible, nouveau

# Les modifications pathologiques de l'attention

## *Dysfonctions cognitives*

Système préattentif

Capture

Maintien de l'attention

Système exécutif de  
l'attention

Fonctions exécutives

# Les modifications pathologiques de l'attention

## *Dysfonctions cognitives*

Systeme préattentif

Capture

Maintien de l'attention

Systeme exécutif de  
l'attention

Fonctions exécutives

## *Clinique du Déficit de l'Attention*

***Dispersion***

Distraktion

Distractibilité

Manque d'Attention  
soutenue

Trouble de la vigilance

***Hyperfocalisation***

# Les modifications pathologiques de l'attention

## *Pathologies*

TDA/H

## *Dysfonctions cognitives*

Système préattentif

Capture

Maintien de l'attention

Système exécutif de  
l'attention

Fonctions exécutives

## *Clinique du Déficit de l'Attention*

***Dispersion***

Distraktion

Distractibilité

Manque d'Attention  
soutenue

Trouble de la vigilance

***Hyperfocalisation***

# Les modifications pathologiques de l'attention

## *Pathologies*

TDA/H

T. Anxieux  
Dépression

Douleurs chroniques  
Tics

T du comportement  
alimentaire

Schizophrénie

Manie

Troubles du sommeil  
Trouble du spectre de  
l'autisme...

## *Dysfonctions cognitives*

Système préattentif

Capture

Maintien de l'attention

Système exécutif de  
l'attention

Fonctions exécutives

## *Clinique du Déficit de l'Attention*

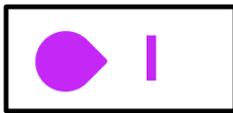
***Dispersion***

Distraction  
Distractibilité

Manque d'Attention  
soutenue

Trouble de la vigilance

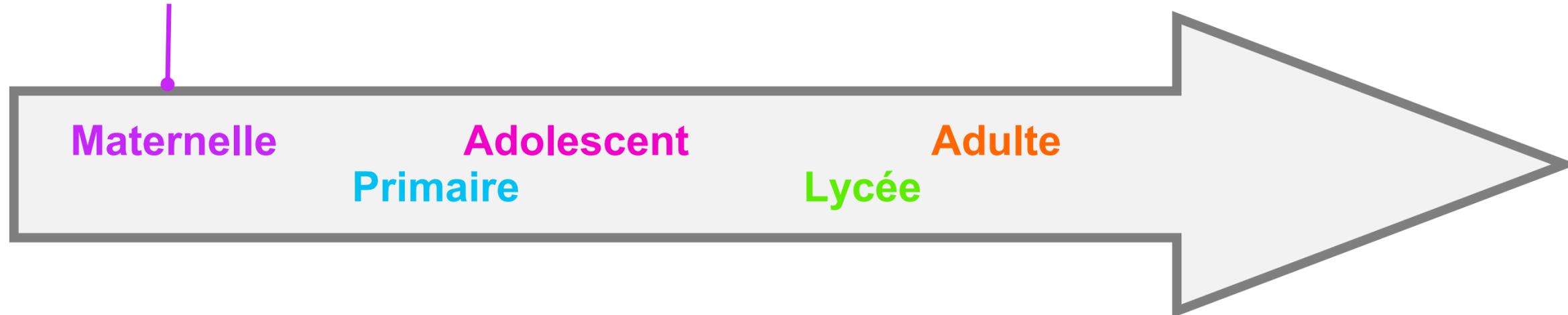
***Hyperfocalisation***



# Trajectoire développementale et diagnostics différentiels

# Impact développemental

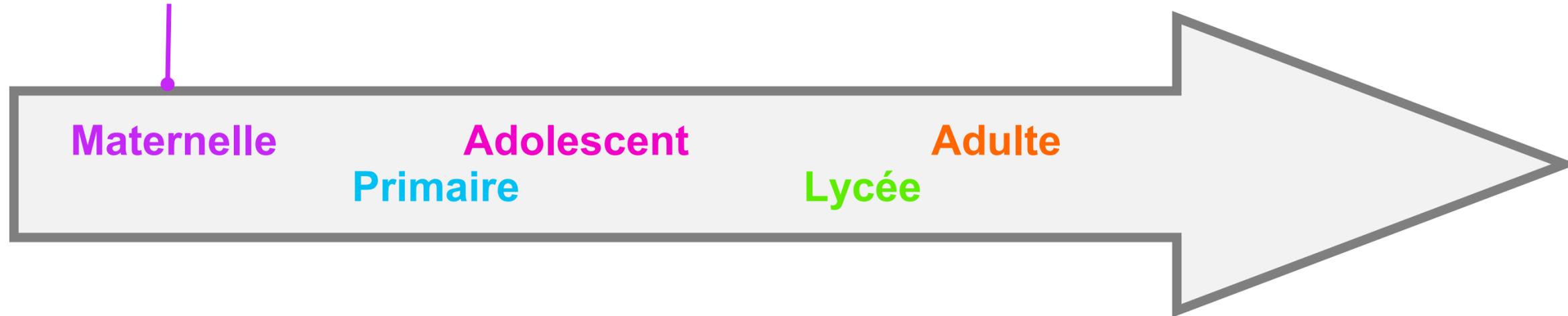
- Troubles du comportement



# Diagnostiques diff/associés

**comportement approprié à l'âge**

• Troubles du comportement



environnement scolaire inapproprié: retard mental ou un déficit sensoriel

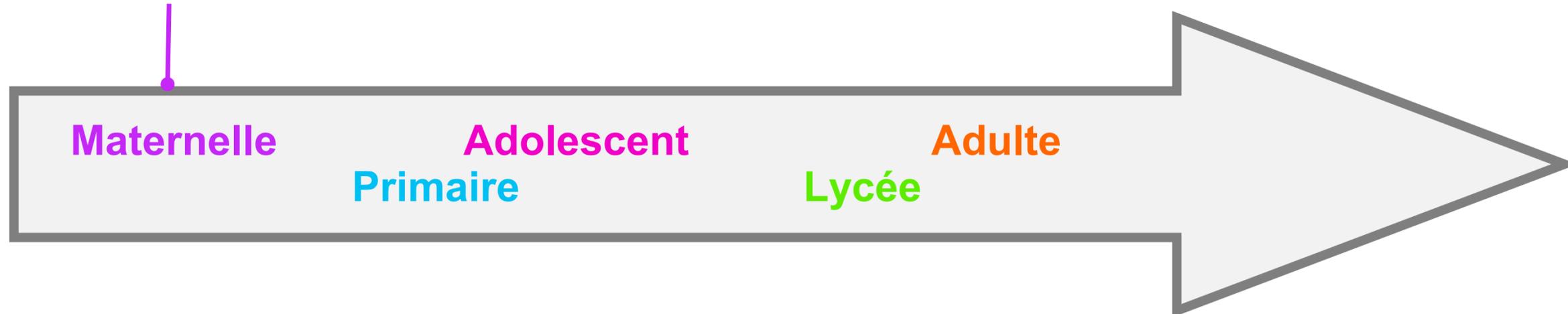
enfant victime de sévices, enfant « turbulent » cadre éducatif insuffisant

# Diagnostics diff/associés

## Pathologies somatiques

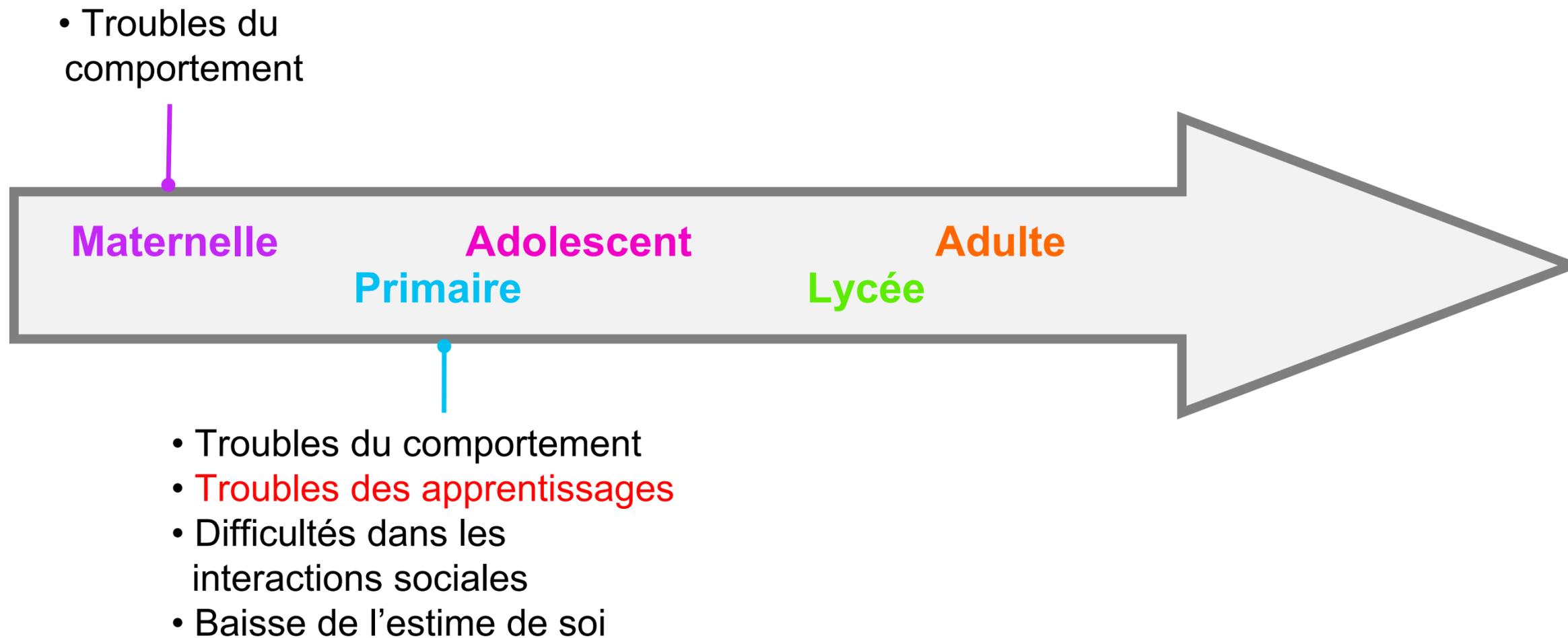
- Epilepsie (absences, POCS), anémie, dysthyroïdie, intoxication...

- Troubles du comportement

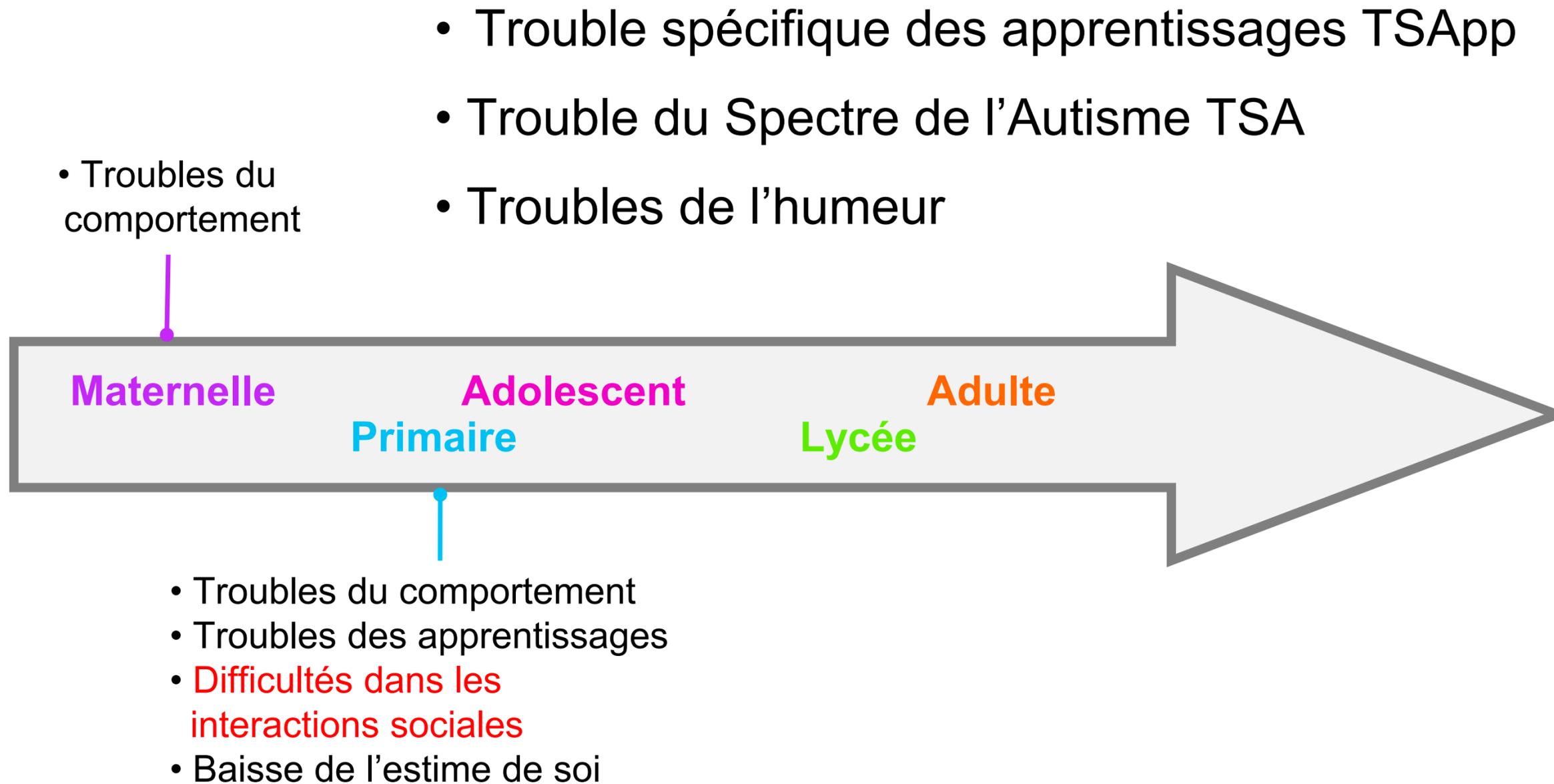


- Affections iatrogènes: corticoïdes, théophylline, béta-mimétiques...
- Affections du sommeil: apnées...

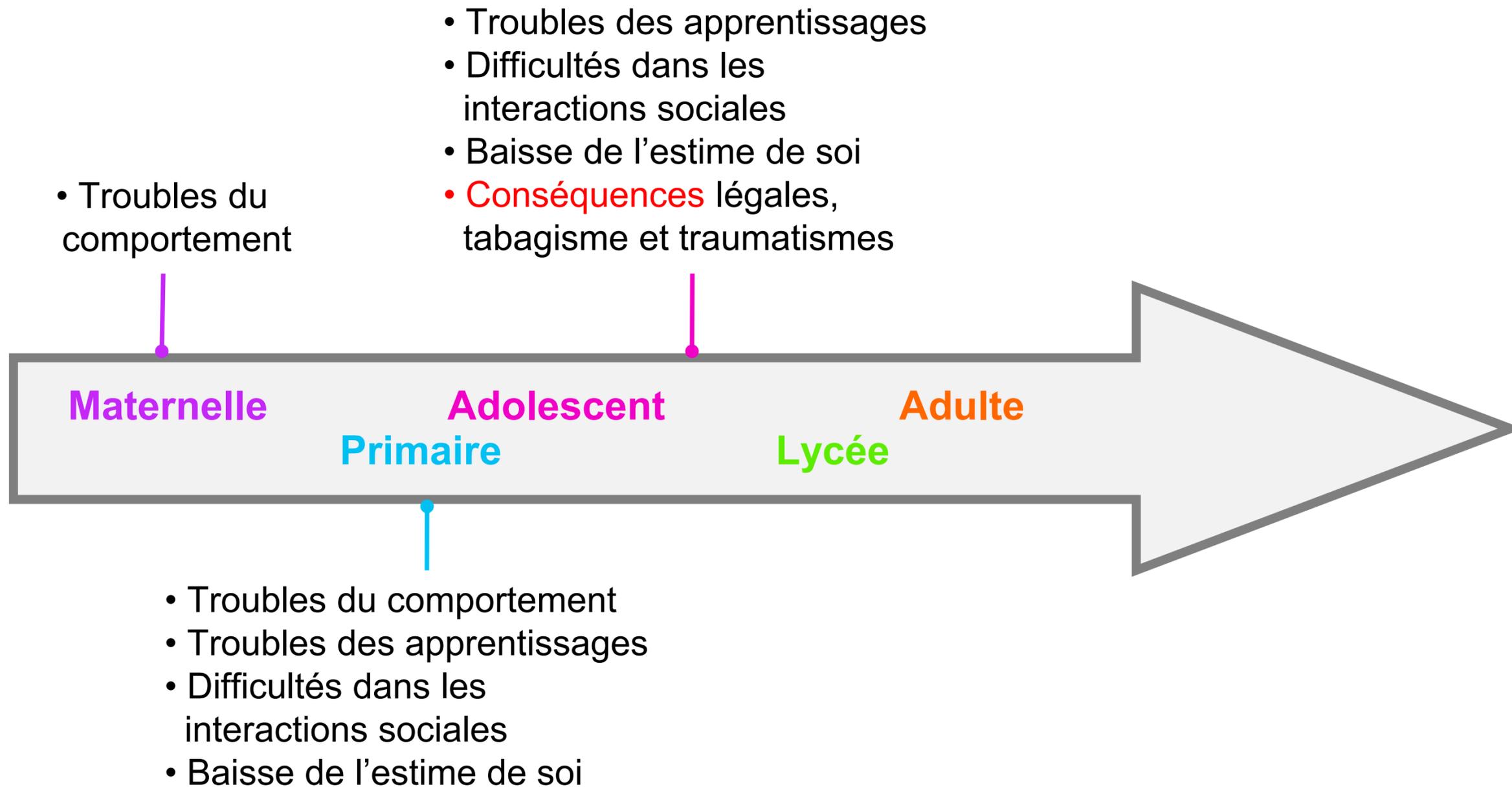
# Impact développemental



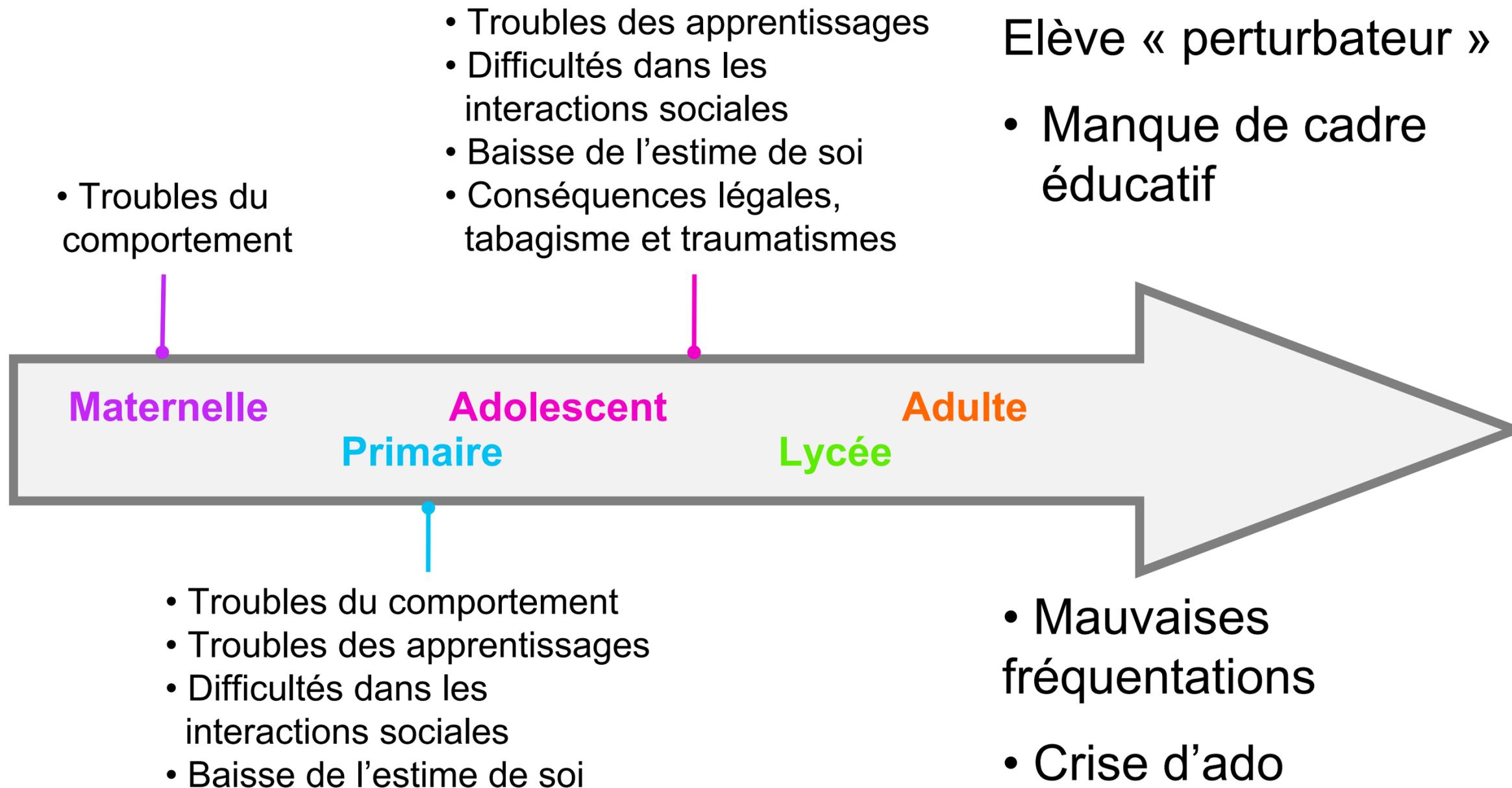
# Diagnostiques diff/associés



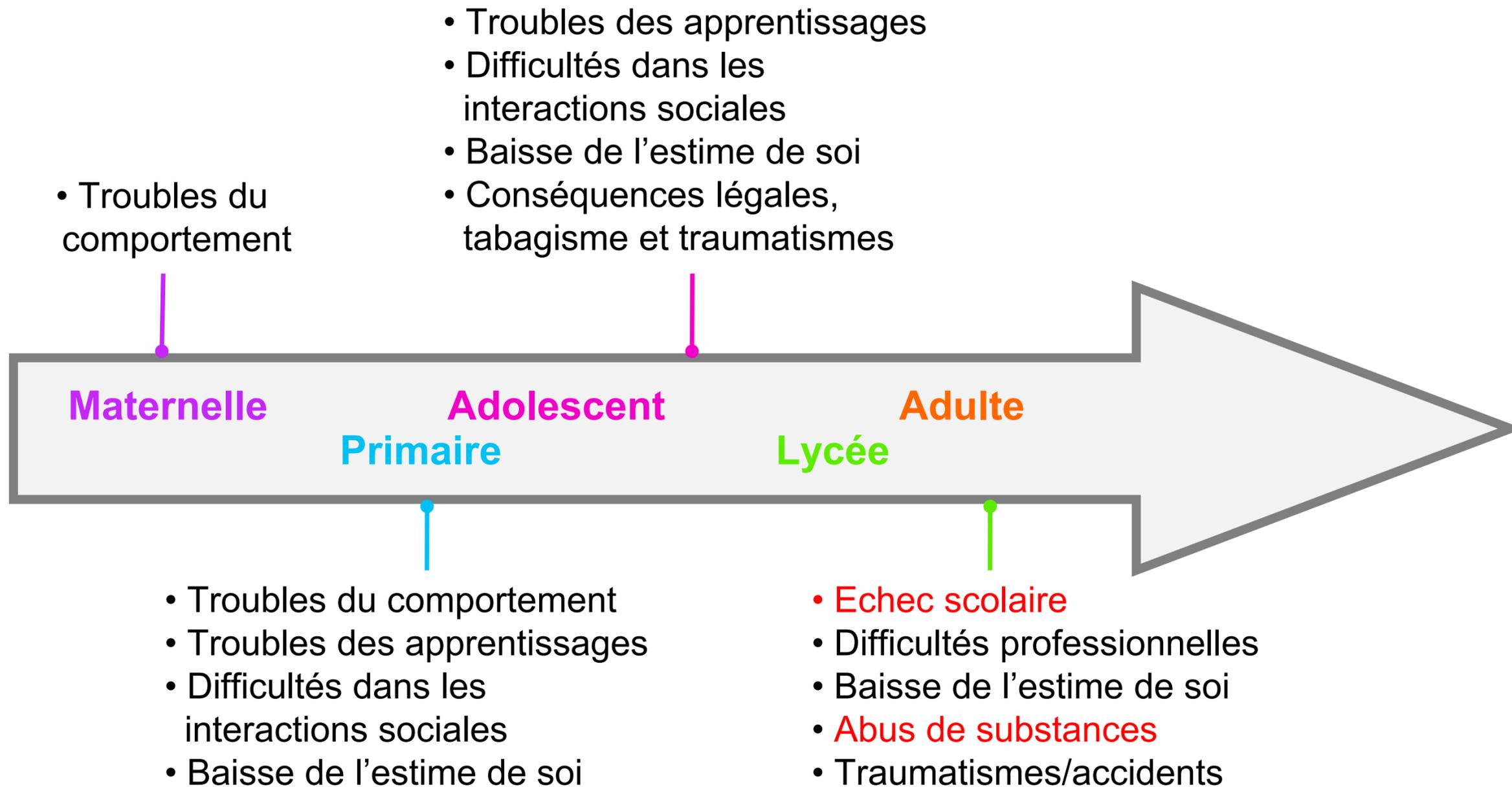
# Impact développemental



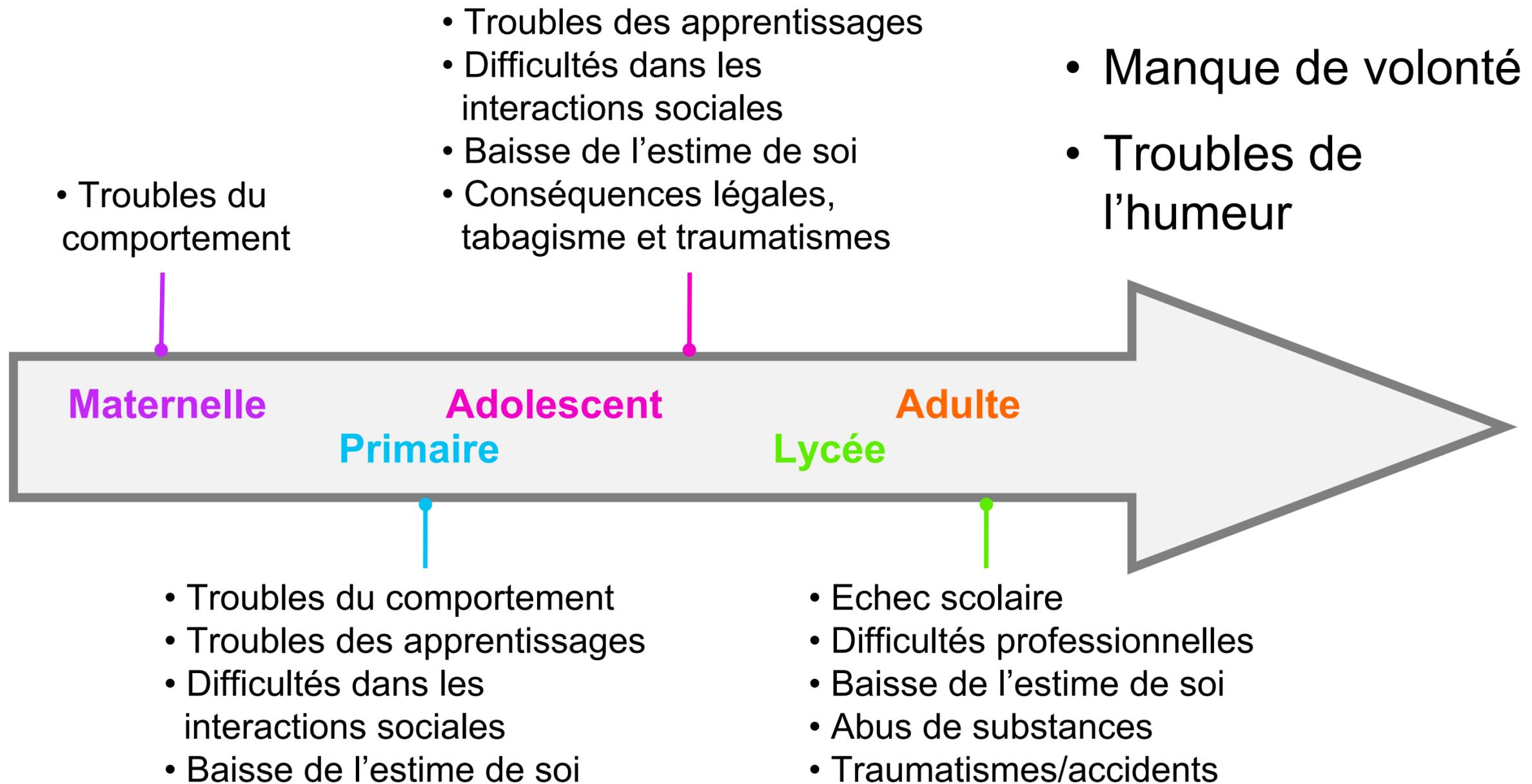
# Diagnostiques diff/associés



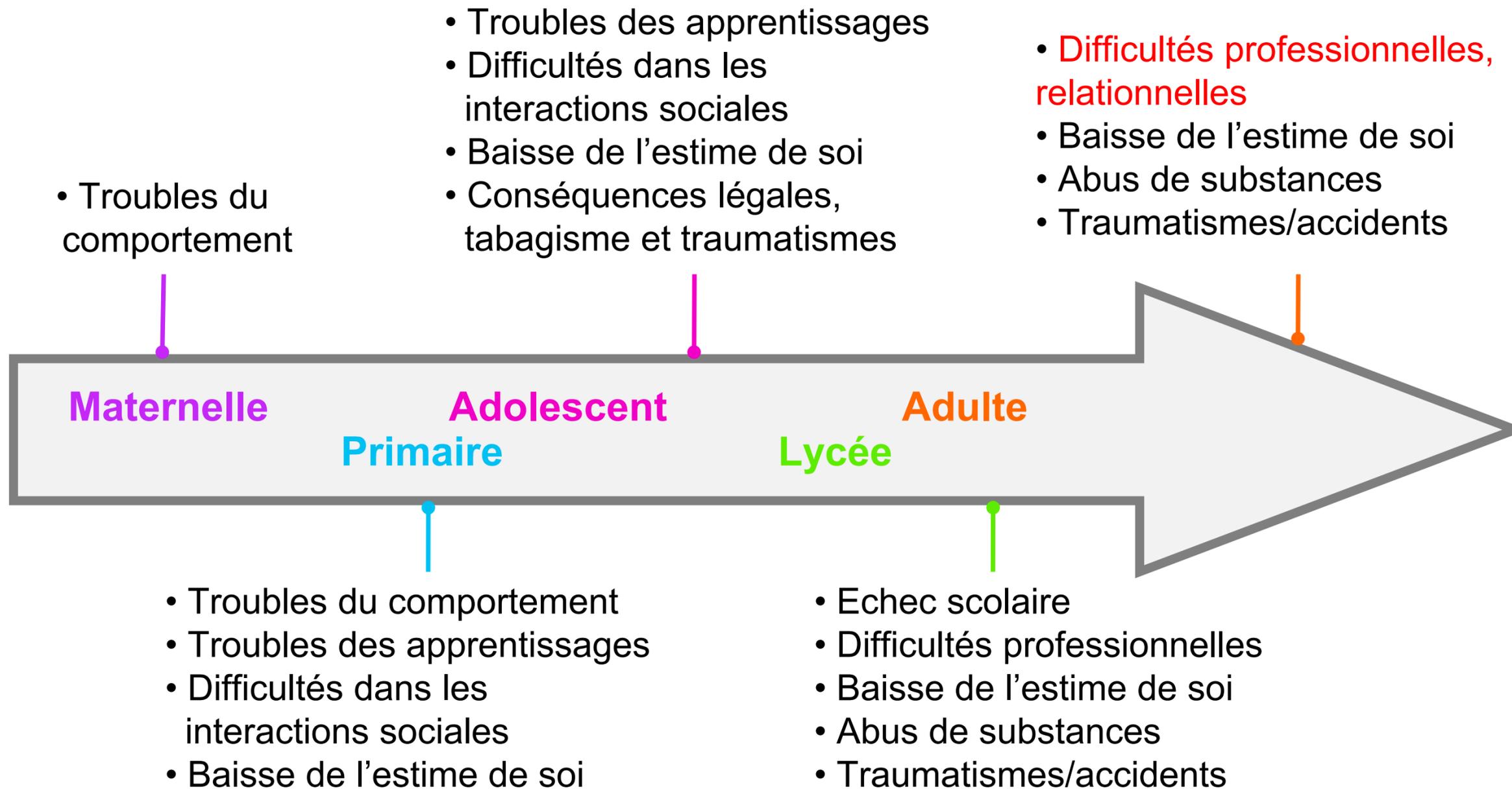
# Impact développemental



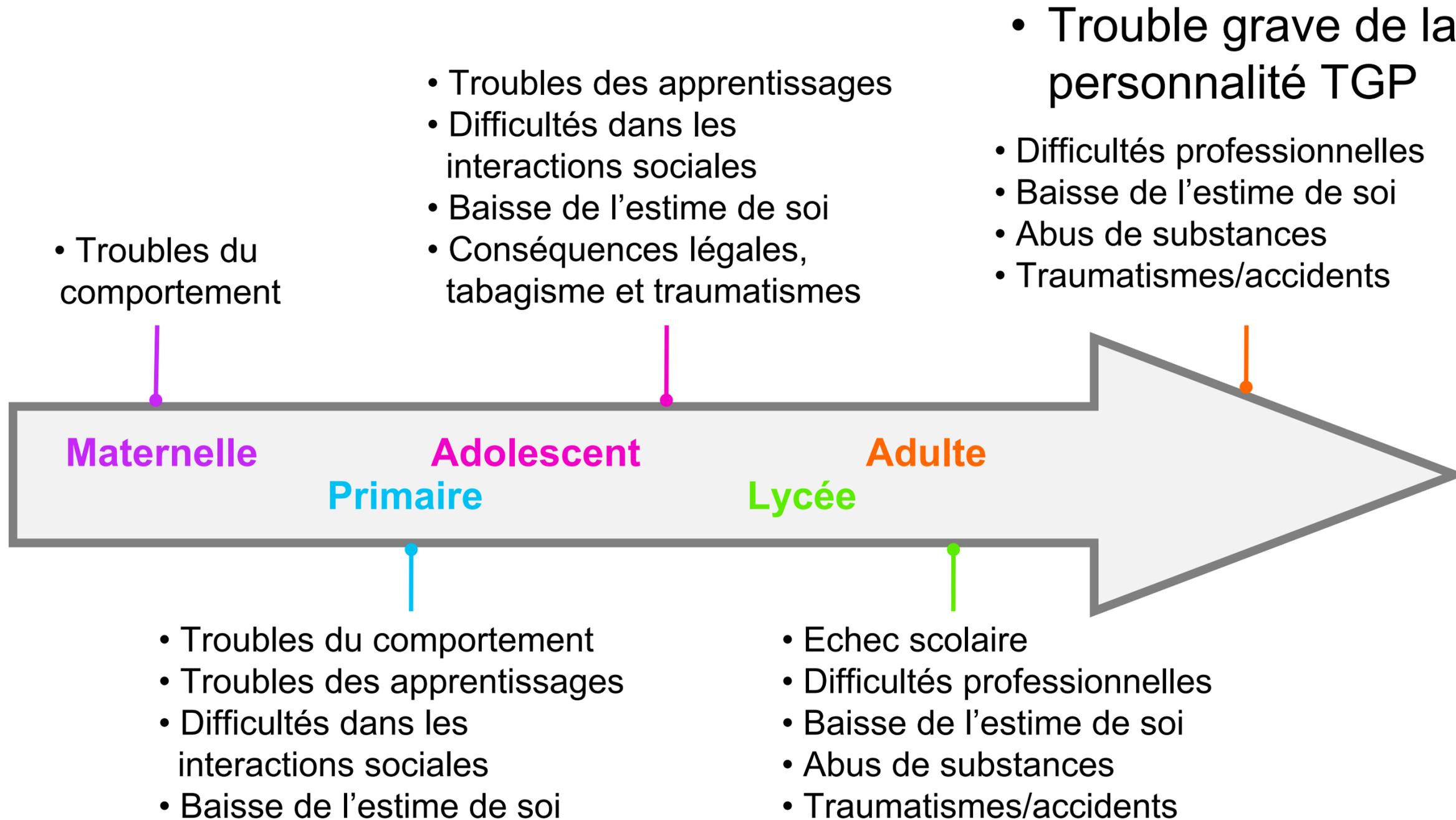
# Diagnostiques diff/associés



# Impact développemental



# Diagnostiques diff/associés





Quelles comorbidités?

C'est la règle pas l'exception!



# Comorbidités médicales non psy

- Enurésie 30%
  - Troubles du sommeil et du maintien de l'éveil 50%: retard de phase, mouvements périodiques nocturnes (PLMS/RLS)...
  - Lien entre symptômes du tdah et OBESITE , ASTHME, Troubles METABOLIQUES (diabète...), épilepsie, caries, infections, blessures, syndrome des Jambes Sans Repos
- Prospective associations between ADHD symptoms and physical conditions from early childhood to adolescence: a population-based longitudinal study.  
Prof Cédric Galera et al The Lancet Child & Adolescent Health [Volume 7, Issue 12](#), December 2023,
- Syndromes génétiques: X fragile, Smith-Magenis, Charge, Ichtyose-X, Ehler-Danlos...



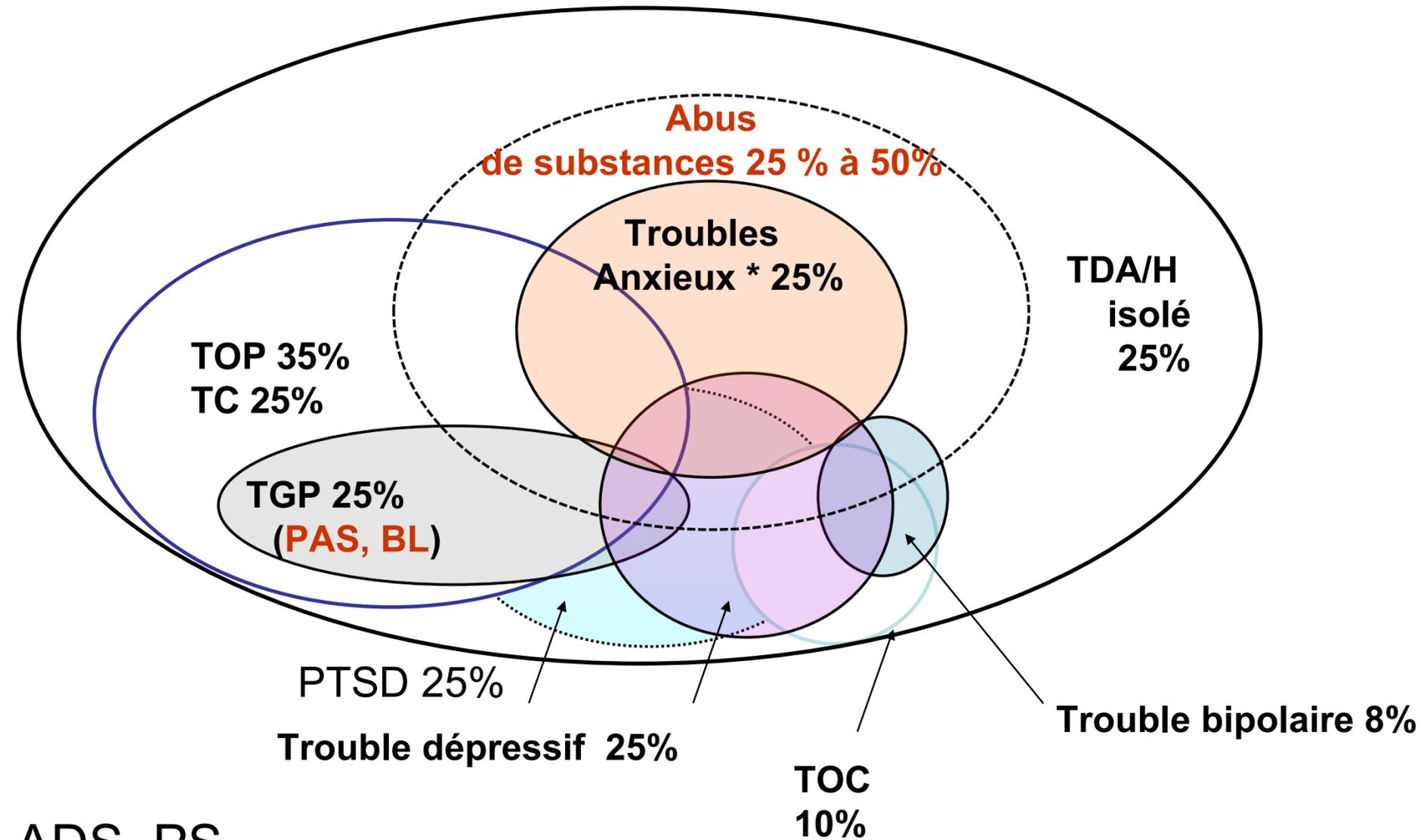
# Comorbidités avec les autres TND

% de TDAH chez TND	TND	% de TND en POP TDAH	% de TND en P° générale
25 à 50%	TSApp	25 à 50%	5 à 10%
50 %	TDC	50 %	6 %
60 %	TDL	30 %	7 %
50 %	SGT	3 %	0,5 à 1 %
50 %	TSA	20 %	1 %
30 %	TDI	Baisse de 9 pts	2 à 3%
70 %	TSAF*	Sous-diagnostiqués	0,1% à 1,2 %

\*trouble du spectre de l'alcoolisation foetale



# Comorbidités psychiatriques



\* TAG, ADS, PS

I

II

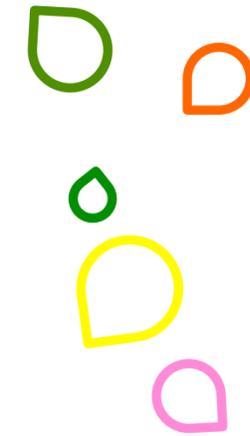


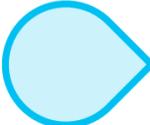
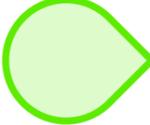
IV

Comment repérer les  
comorbidités?



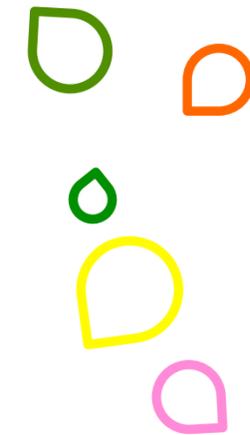
# Evaluation clinique



-  **Histoire développementale**
-  **Fonctionnement scolaire et professionnel**
-  **ATCD familiaux: arbre généalogique**
-  **Echelles et questionnaires**
-  **Réponse aux soins et traitements**



# Spécificités du fonctionnement



Communicat°  
Socialisation

Comportements  
et  
Activités

Sensoriel  
et  
Perception

Moteur

Cognitif:  
Traitement  
des info  
qui arrivent  
au cerveau



# Evaluation spécialisée et détaillée

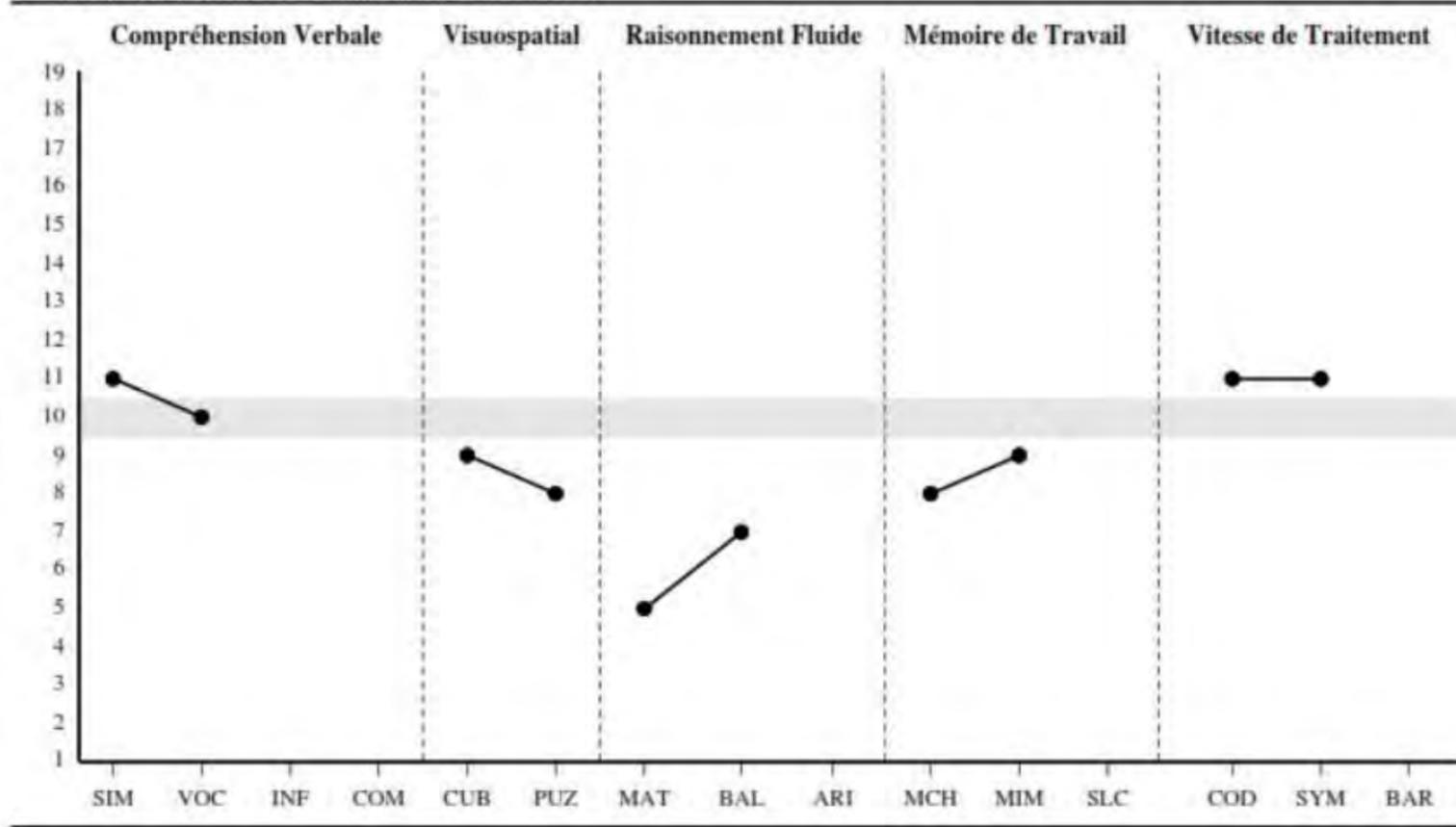
- Evaluations **cliniques et paramétriques** du TDAH (Conners, DIVA, Brown...) et comorbidités (Mini, ADI, ADOS, Liebowitz, STAI, YBOCS, BDI...)
- Bilan **psychologique et cognitif**: WAIS, TAP, BRIEF, TOM, Faux pas...
- Bilan **orthophonique**: bilan d'oralité, communication, langage dont la pragmatique/l'implicite et les inférences, la théorie esprit...
- Bilans **ergothérapeutique, psychomoteur et sensoriel** (Dunn, ESAA)
- Evaluations **éducatives**: grille/curriculum, Vineland...
- Evaluation **pédagogique/orthopédagogique** ou **professionnelle**



# Harmonisation des bilans

Rang centile	Indice	Note Standard	Note Z	Note T	Rang Centile Inverse	Classification Wechsler	Classification Flanagan
99,9	160	19	4	90	0,01	Très supérieur	Extrême supérieure
99,9	159	19	3,9	89	0,01	Très supérieur	Extrême supérieure
99,9	158	19	3,8	89	0,01	Très supérieur	Extrême supérieure
99,9	157	19	3,8	88	0,01	Très supérieur	Extrême supérieure
99,9	156	19	3,7	87	0,01	Très supérieur	Extrême supérieure
99,9	155	19	3,6	87	0,01	Très supérieur	Extrême supérieure
99,9	154	19	3,6	86	0,01	Très supérieur	Extrême supérieure
99,98	153	19	3,5	85	0,02	Très supérieur	Extrême supérieure
99,97	152	19	3,4	85	0,03	Très supérieur	Extrême supérieure
99,96	151	19	3,4	84	0,04	Très supérieur	Extrême supérieure
99,95	150	19	3,3	83	0,05	Très supérieur	Extrême supérieure
99,94	149	19	3,2	82	0,06	Très supérieur	Extrême supérieure
99,93	148	19	3,2	82	0,07	Très supérieur	Extrême supérieure
99,91	147	19	3,1	81	0,09	Très supérieur	Extrême supérieure
99,89	146	19	3	81	0,11	Très supérieur	Extrême supérieure
99,87	145	19	3	80	0,13	Très supérieur	Extrême supérieure
99,84	144	18	2,9	79	0,16	Très supérieur	Extrême supérieure
99,8	143	18	2,9	79	0,2	Très supérieur	Extrême supérieure
99,75	142	18	2,8	78	0,25	Très supérieur	Extrême supérieure
99,7	141	18	2,7	77	0,3	Très supérieur	Extrême supérieure
99,64	140	18	2,7	77	0,36	Très supérieur	Extrême supérieure
99,51	139	17	2,6	76	0,49	Très supérieur	Extrême supérieure
99	138	17	2,5	75	1	Très supérieur	Extrême supérieure
99	137	17	2,5	75	1	Très supérieur	Extrême supérieure
99	136	17	2,4	74	1	Très supérieur	Extrême supérieure
99	135	17	2,4	74	1	Très supérieur	Extrême supérieure
99	134	16	2,3	73	1	Très supérieur	Extrême supérieure
99	133	16	2,2	72	1	Très supérieur	Extrême supérieure
98	132	16	2,1	71	2	Très supérieur	Extrême supérieure
98	131	16	2,1	71	2	Très supérieur	Extrême supérieure
98	130	16	2	70	2	Très supérieur	Supérieur à la moyenne
97	129	15	1,9	69	3	Supérieur	Supérieur à la moyenne
97	128	15	1,9	69	3	Supérieur	Supérieur à la moyenne
97	127	15	1,8	68	3	Supérieur	Supérieur à la moyenne
96	126	15	1,7	67	4	Supérieur	Supérieur à la moyenne
95	125	15	1,7	67	5	Supérieur	Supérieur à la moyenne
95	124	14	1,6	66	5	Supérieur	Supérieur à la moyenne
94	123	14	1,5	65	6	Supérieur	Supérieur à la moyenne
92	122	14	1,5	65	8	Supérieur	Supérieur à la moyenne
92	121	14	1,4	64	8	Supérieur	Supérieur à la moyenne
91	120	14	1,3	63	9	Supérieur	Supérieur à la moyenne
89	119	13	1,3	63	11	Moyen fort	Supérieur à la moyenne
88	118	13	1,2	62	12	Moyen fort	Supérieur à la moyenne
87	117	13	1,1	61	13	Moyen fort	Supérieur à la moyenne
86	116	13	1,1	61	14	Moyen fort	Supérieur à la moyenne
84	115	13	1	60	16	Moyen fort	Zone moyenne
83	114	12	0,9	59	17	Moyen fort	Zone moyenne
81	113	12	0,9	59	19	Moyen fort	Zone moyenne
79	112	12	0,8	58	21	Moyen fort	Zone moyenne
77	111	12	0,7	57	23	Moyen fort	Zone moyenne
75	110	12	0,7	57	25	Moyen fort	Zone moyenne
73	109	11	0,6	56	27	Moyen	Zone moyenne

Profil des notes standard des subtests





# CONCLUSION

Devenir auteur de sa vie

avec un tdah et des comorbidités



Etablir des diagnostics précis et évaluer le fonctionnement de la personne

EVALUATION



Etablir des diagnostics précis et évaluer le fonctionnement de la personne

Pour repérer ses besoins,  
lui expliquer,  
les confronter à ses attentes,

AUTODETERMINATION



Etablir des diagnostics précis et évaluer le fonctionnement de la personne

Pour repérer ses besoins,  
lui expliquer,  
les confronter à ses attentes,

afin de choisir ensemble des objectifs de travail et des moyens pour y parvenir,

**CO-CONSTRUCTION**



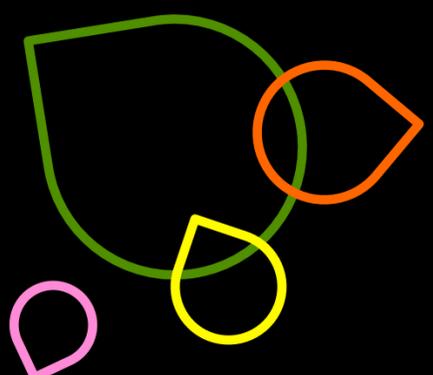
Etablir des diagnostics précis et évaluer le fonctionnement de la personne

Pour repérer ses besoins,  
lui expliquer,  
les confronter à ses attentes,

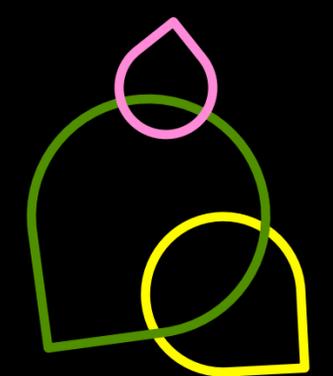
afin de choisir ensemble des objectifs et  
des moyens de les travailler,

en accord avec son environnement, les  
besoins liés à son TDAH mais aussi à ses  
comorbidités.

QUALITE DE VIE



**Je vous remercie  
pour votre attention.**



**Prenez soin de vous  
... et de ceux qui  
ont besoin de vous.**

# LES GROUPES BARKLEY AUPRÈS DES FAMILLES

Mme Inès BARRE,

Psychologue spécialisée en neuropsychologie et

TCC au CMPP de Cenon

# Groupe Barkley

## Programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP)

Inès BARRE

Psychologue spécialisée en  
neuropsychologie et en thérapie  
comportementale et cognitive

CMPP Cenon



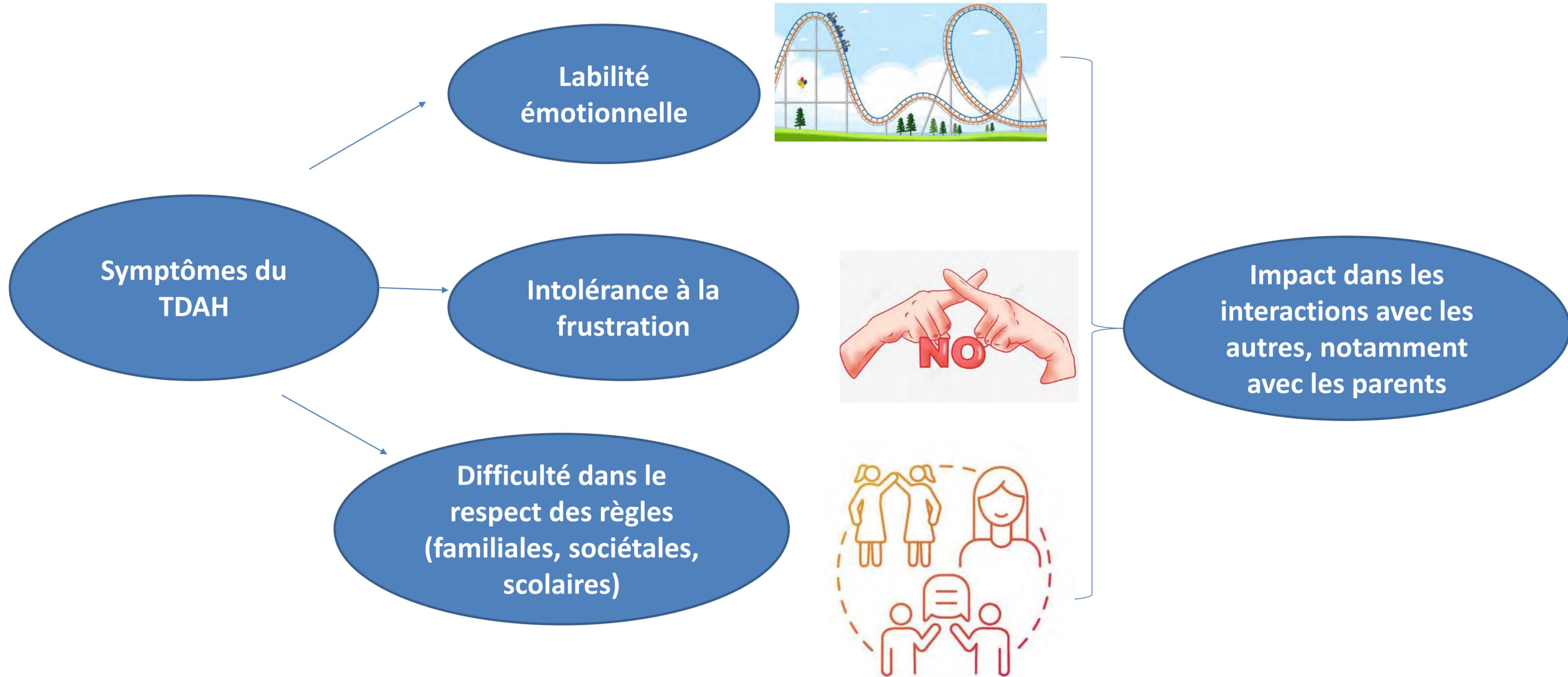
# Qu'est ce qu'un groupe Barkley ?

- Programme d'Entraînement aux Habiletés Parentales (PEHP) développé par Russel Barkley
- Formation parentale
- Destiné, initialement, aux parents d'enfants avec comportements opposants âgés de 4 à 11 ans

# Pourquoi un PEHP ?

Avant 5 ans	Après 5 ans
<p>PEHP en première intention</p> <p>Si symptômes persistent &gt; prise en charge dans un service spécialisé dans le TDAH</p> <p>2 avis nécessaires pour instauration traitement médicamenteux</p>	<p>Psychoéducation sur le TDAH</p> <p>PEHP si TOP ou accompagnement parental individuel</p> <p>Traitements médicamenteux</p> <p>Thérapie comportementale et cognitive</p>

# Pourquoi un PEHP ?



Labilité  
émotionnelle



Symptômes du  
TDAH

Intolérance à la  
frustration



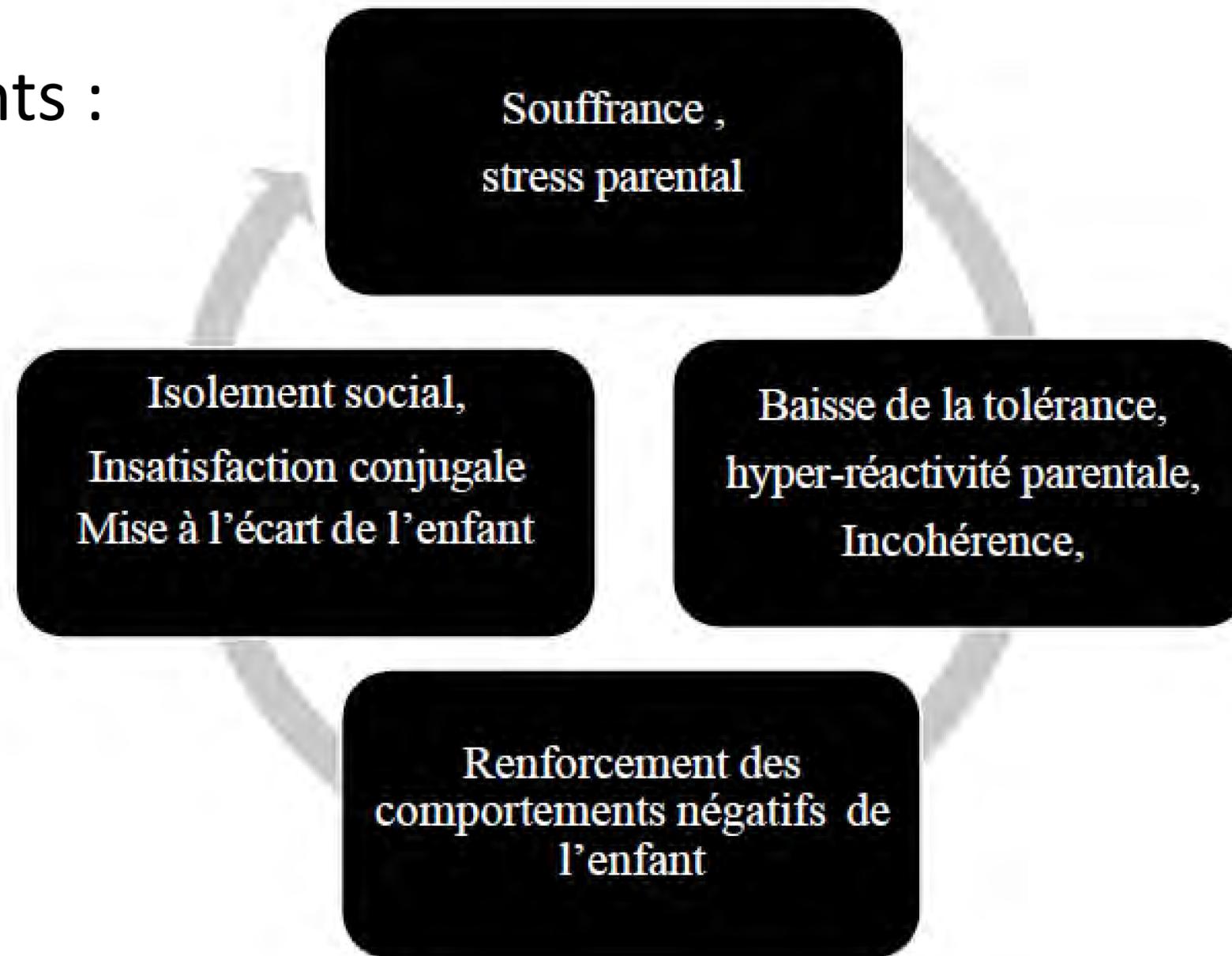
Difficulté dans le  
respect des règles  
(familiales, sociétales,  
scolaires)



Impact dans les  
interactions avec les  
autres, notamment  
avec les parents

## Pourquoi un PEHP ?

Du côté des parents :



# Pourquoi un PEHP ?

## Métaphore du masque à oxygène



**Pour aider votre enfant, il faut d'abord vous occuper de vous**

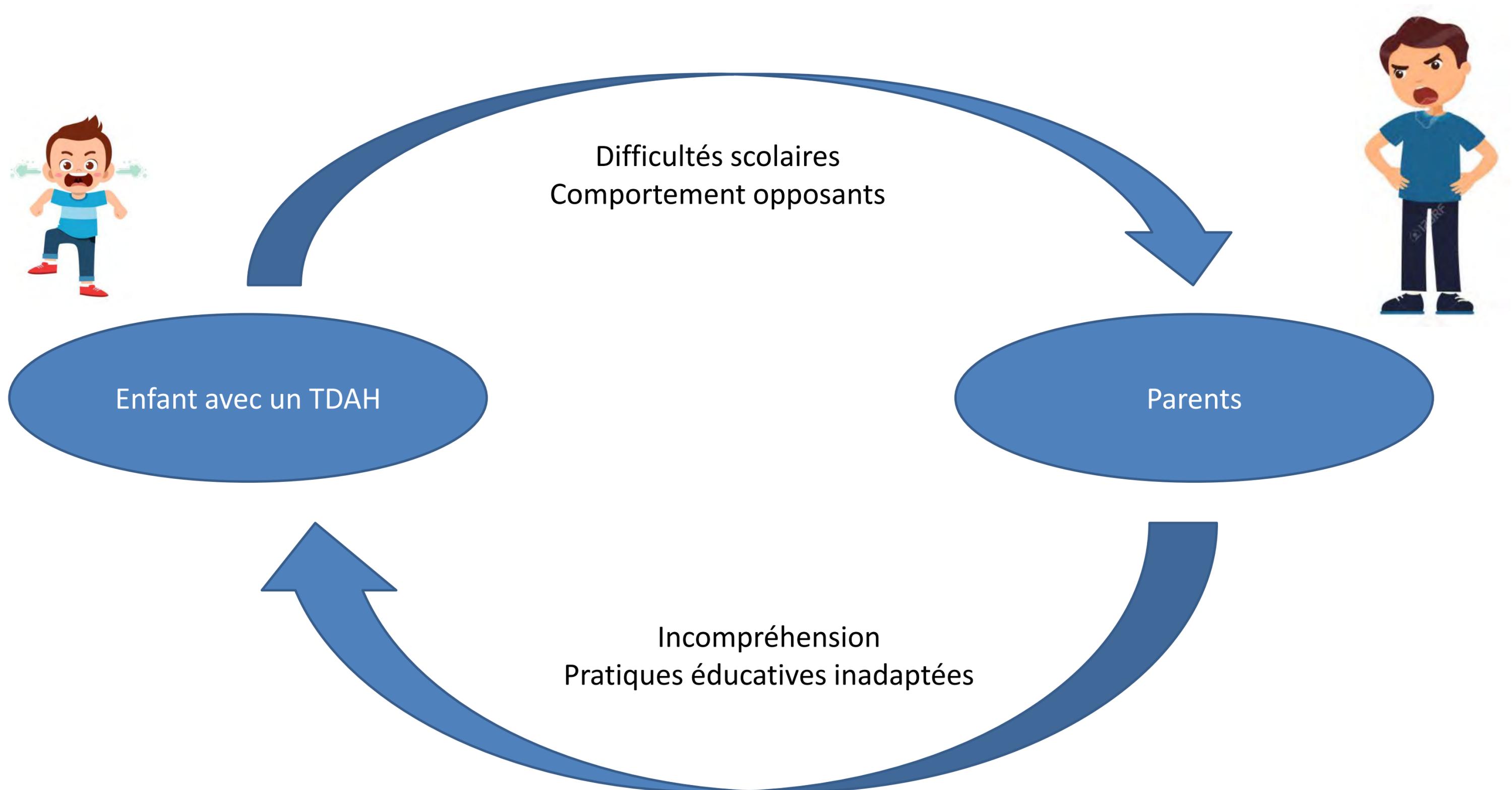
J'ai pris RDV chez le psy  
pour ma fille.

Il m'a dit de revenir la semaine  
prochaine.

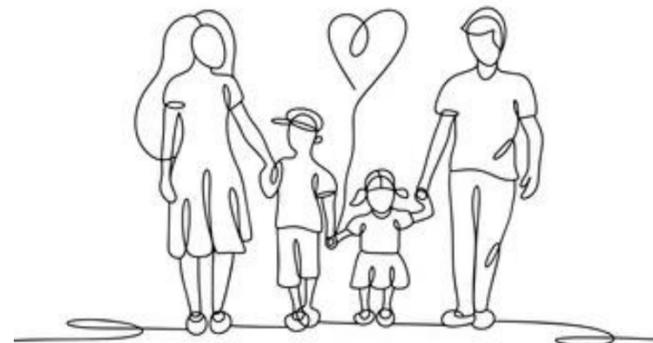
Sans elle.

**#PARENTÉPUISE**

# Mécanismes du PEHP



# Mécanismes du PEHP



Plus de comportements positifs  
Moins de comportements négatifs

**PEHP**



Enfant avec un TDAH

Parents

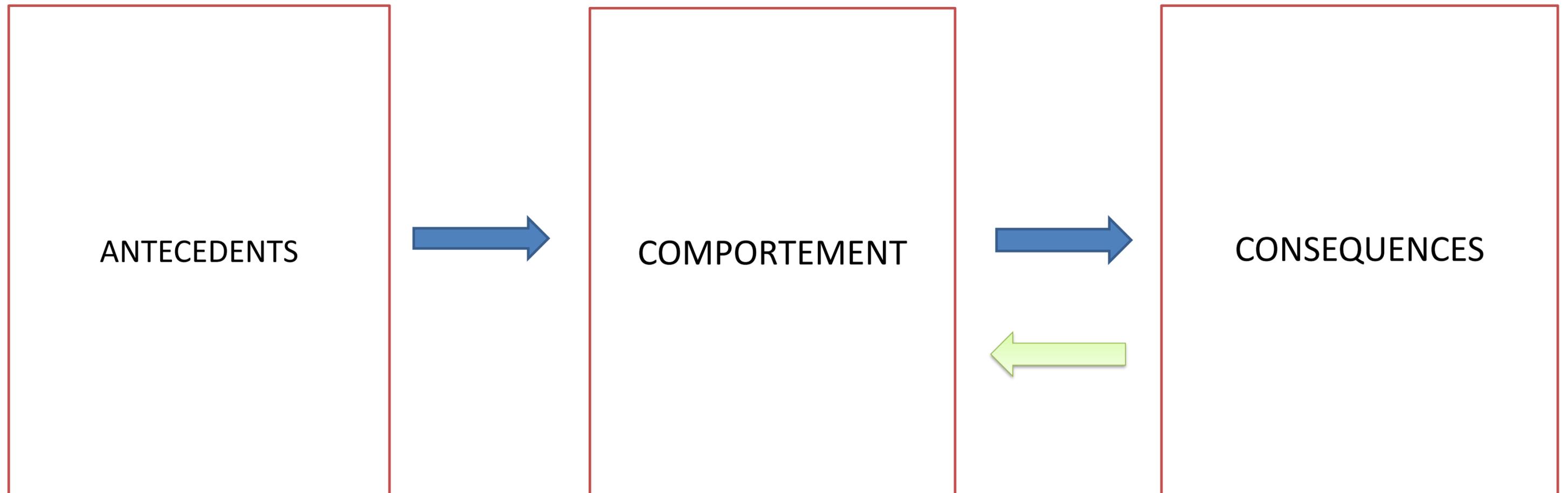


Pratiques éducatives adaptées  
Moins de stress parental  
Augmentation du sentiment de  
compétence parentale



# Comprendre et agir sur le comportement

*Les étapes clés du programme*



# Les antécédents

*Les étapes clés du programme*



# Les antécédents

## *Les étapes clés du programme*



Être clair et spécifique



Utiliser un ton de voix adapté



Offrir des choix



Dire stp



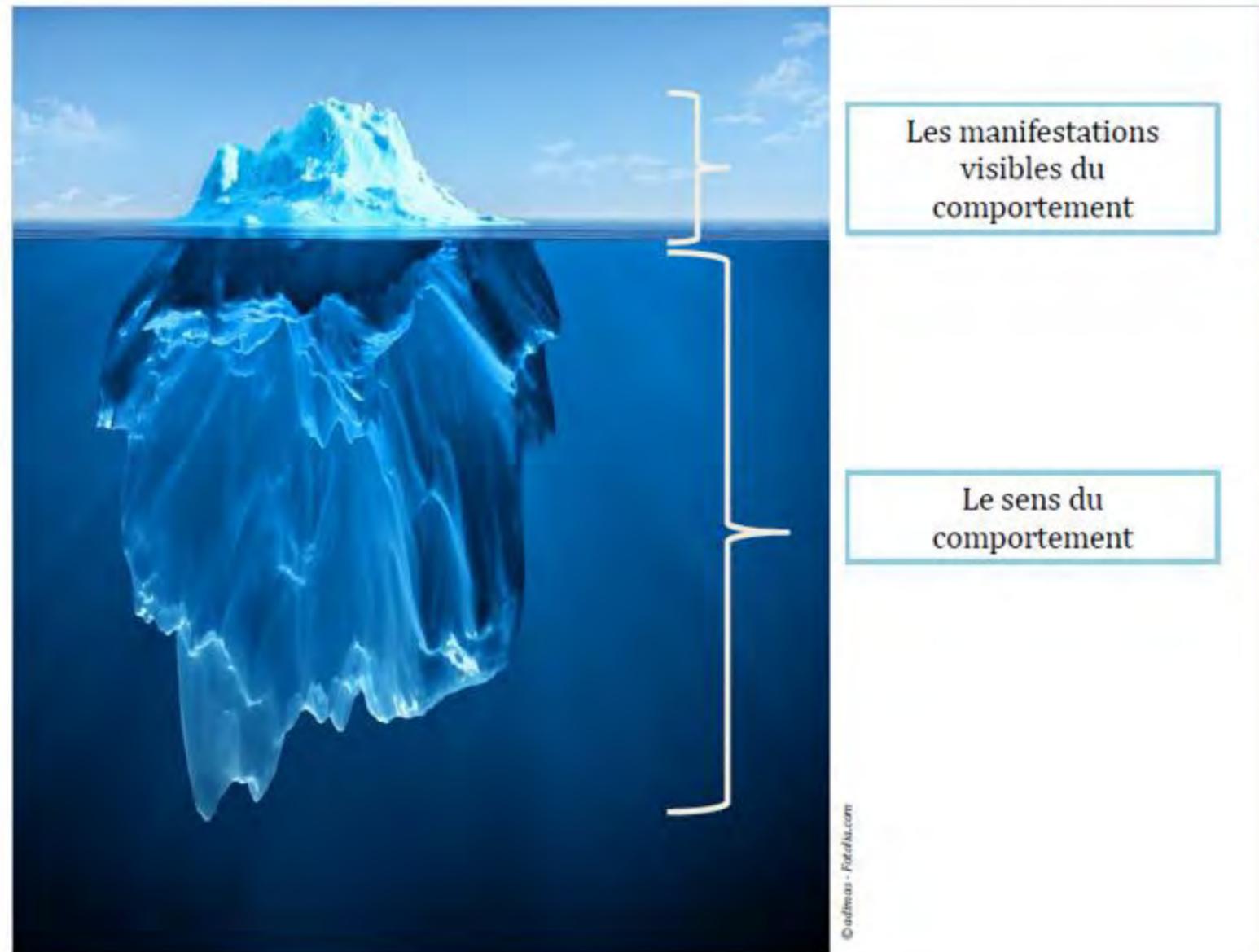
Offrir son aide



Utiliser le jeu, le challenge

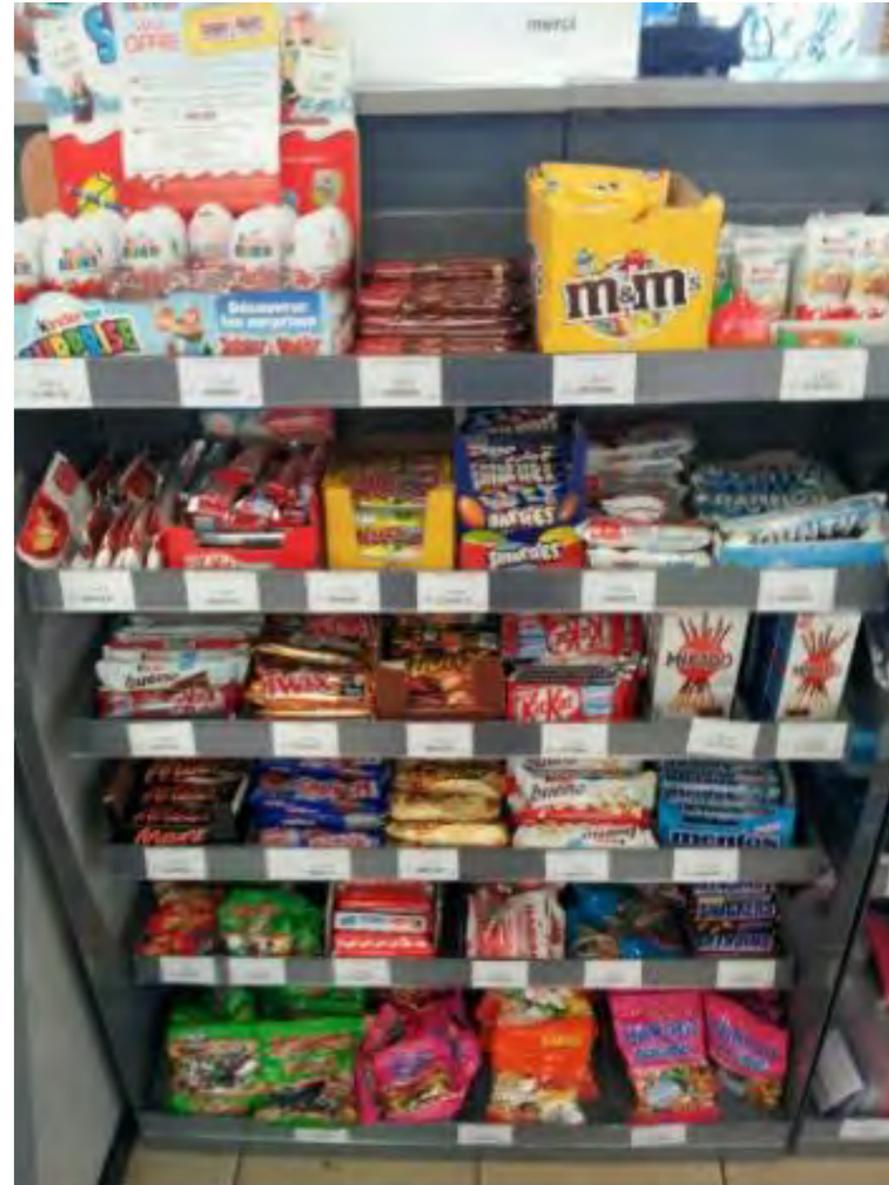
# Le comportement

## *Les étapes clés du programme*



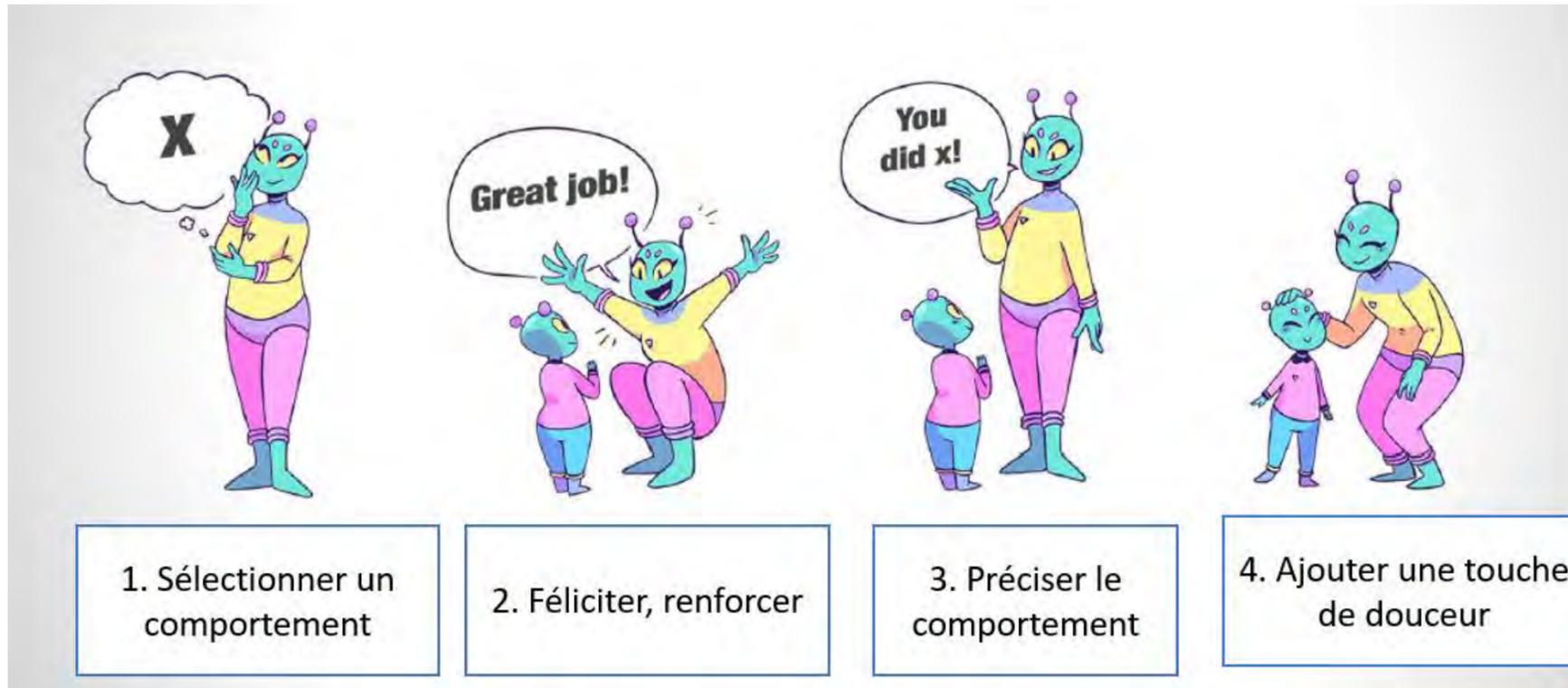
# Le renforcement

*Les étapes clés du programme*



# Le renforcement

*Les étapes clés du programme*



# Les interactions positives avec son enfant

*Les étapes clés du programme*



# Étapes du programme

- Présentation du TDAH/TOP
- Comprendre la désobéissance, l'analyse fonctionnelle et le renforcement
- Le moment spécial
- Développer la compliance et le jeu indépendant
- Tableau de comportements et jetons
- Gestion du temps
- Time out
- Les devoirs l'organisation et le lien avec l'école
- Les sorties
- Anticipation des problèmes futurs
- Séance de rappel

MERCI DE VOTRE ATTENTION



# LES ATELIERS DE MÉTACOGNITION

**Mme Elodie DUPUY,**

Neuropsychologue au DITEP L'Hirondelle et au

CMPP de Cenon

&

**Mme Morgane SINI,**

Psychomotricienne au CMPP de Cenon



# L'approche métacognitive dans le TDA/H

## Une expérience en DITEP

Elodie DUPUY  
Psychologue spécialisée en  
neuropsychologie  
DITEP l'Hirondelle, CMPP Cenon

# TDA/H particularités en DITEP

- Troubles du comportement occultent les TND
- Carences éducatives, sociales, évènements traumatiques
- Diagnostic différentiel complexifié
- Intérêt du dépistage précoce



# C'est quoi la métacognition ?



C'est la capacité à **s'interroger** sur son propre fonctionnement et sur ses connaissances.



## 2 composantes

### Connaissances métacognitives

- Sur soi/ses capacités
- Sur son fonctionnement
- Sur les tâches rencontrées
- Sur ses stratégies d'apprentissage

### Habiletés métacognitives

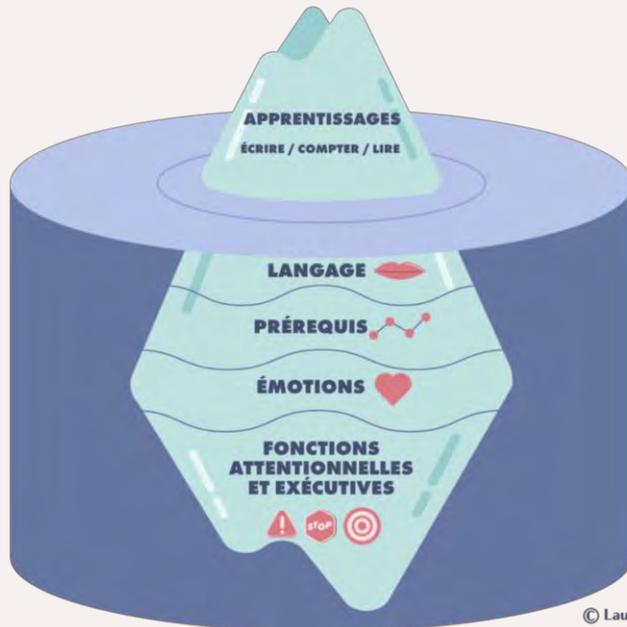
Gestion et la régulation intentionnalisées de ses ressources en fonction de la tâche



= Fonctions exécutives (Kipfer et al, 2009)

# Pourquoi s'intéresse-t-on à la métacognition ?

## ICEBERG DES APPRENTISSAGES



C'est un bon prédicteur de réussite scolaire, qui va permettre de développer chez l'enfant sa capacité d'apprendre à apprendre.



Mais aussi, cela permet de mieux se connaître et est donc un levier pour développer la confiance en soi.



# Dans la pratique : déroulement d'une séance

1

Accueil et  
temps d'échange



2

Retour sur la  
mission réalisée

3

Partie théorique :  
explication du thème du jour  
et de l'habileté métacognitive  
visée

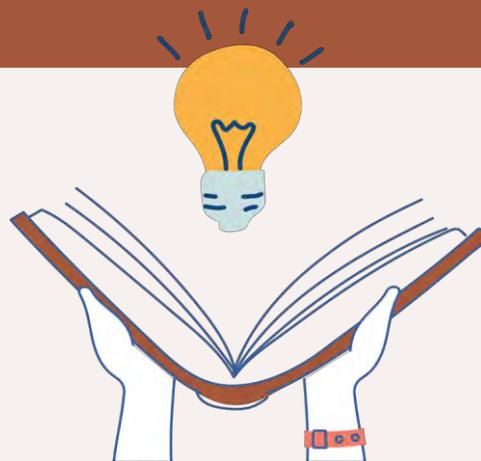
4

Partie pratique :  
Jeux de sociétés, mises  
en situation, ateliers...

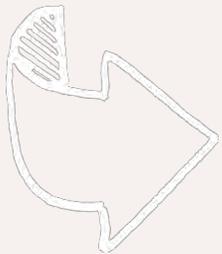


5

Explication de la  
mission à faire

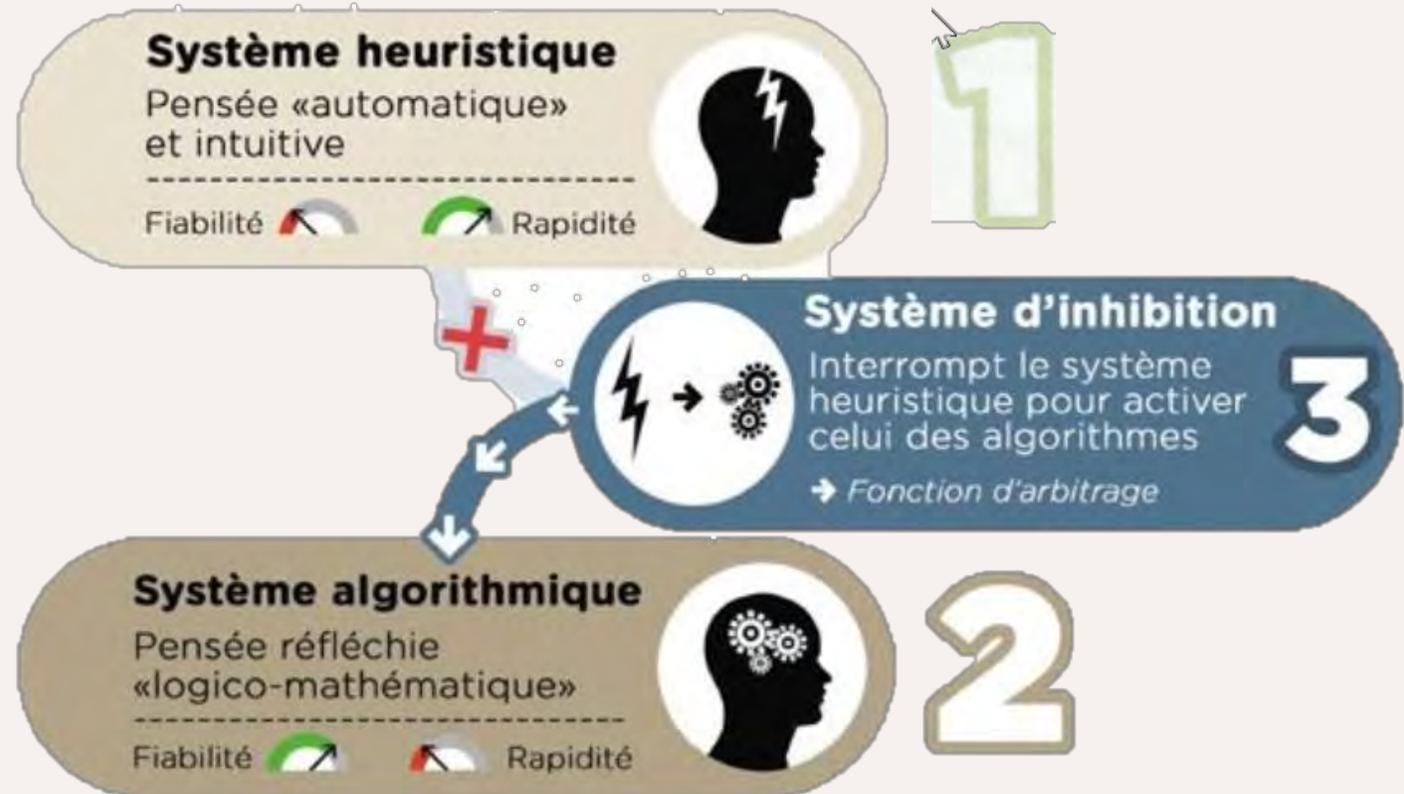


# L'expérience métacognitive



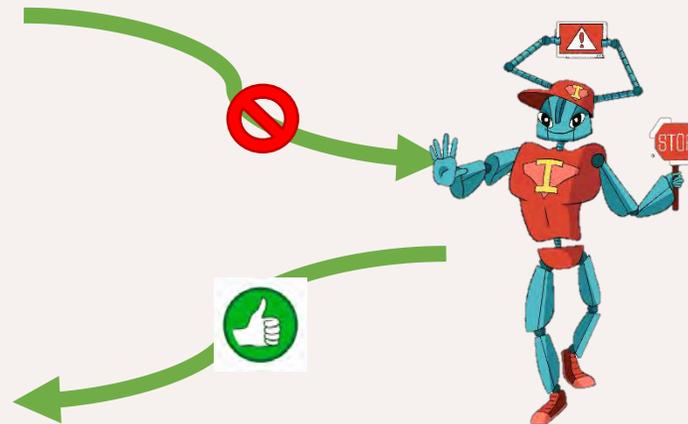
Basée sur les neurosciences

Les connaissances métacognitives





Mon nom c'est HEURISTIQUE, je suis un coureur, j'apporte rapidement la réponse. Je tiens un livre sous le bras car je tire mes réponses de ce que j'ai déjà appris. Il est fermé, parce que je n'ai pas besoin de chercher, mes réponses sont automatiques. Je suis rapide comme l'éclair mais parfois je me trompe ...



Mon nom c'est M. STOP comme mon panneau l'indique. Je suis musclé, mon rôle c'est d'arrêter Heuristique qui va se tromper. J'ai des bras articulés qui m'aident à détecter les pièges. Quand j'en détecte un je mets en route Algorithmme qui va trouver la bonne réponse. C'est moi l'arbitre !

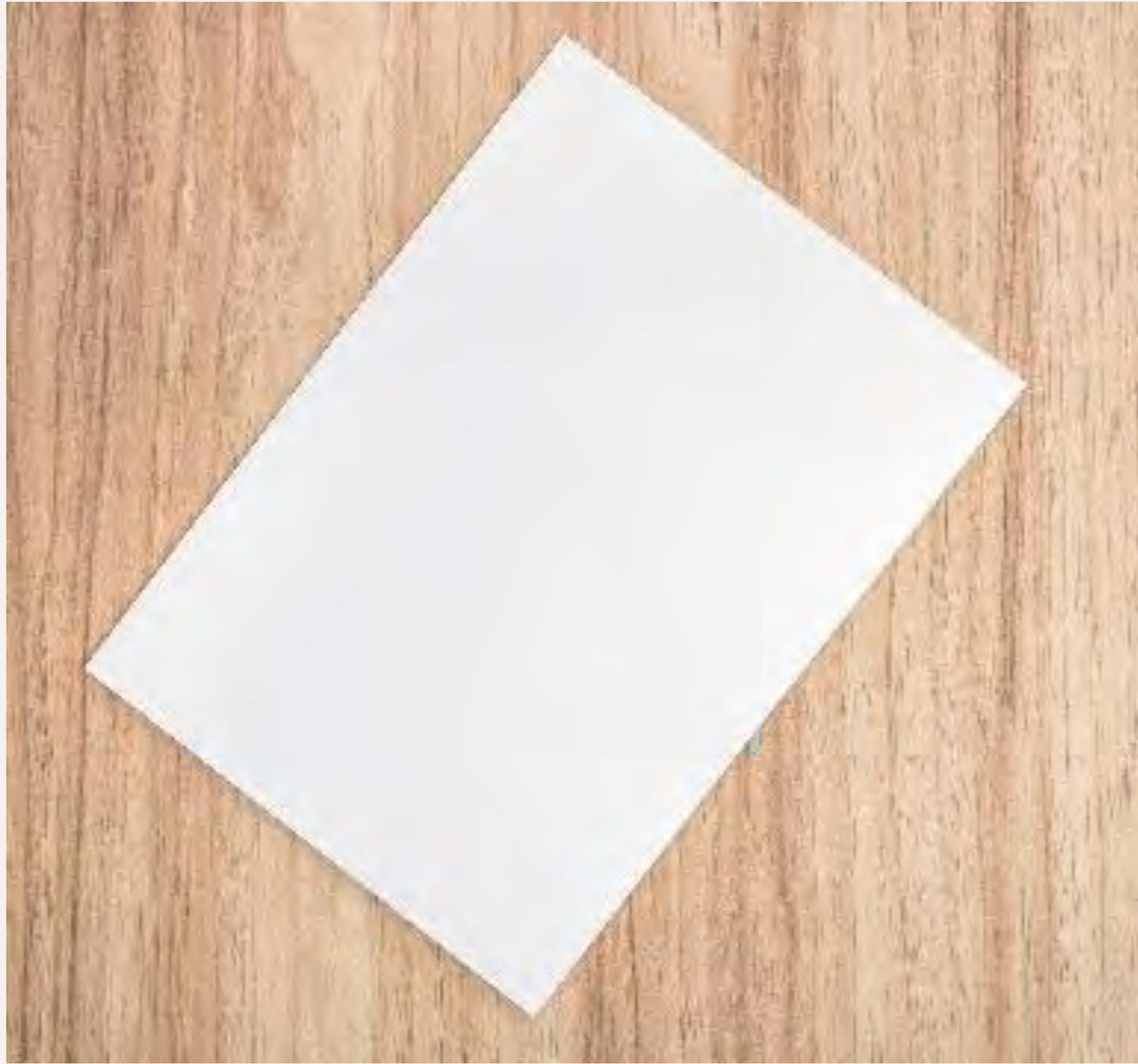


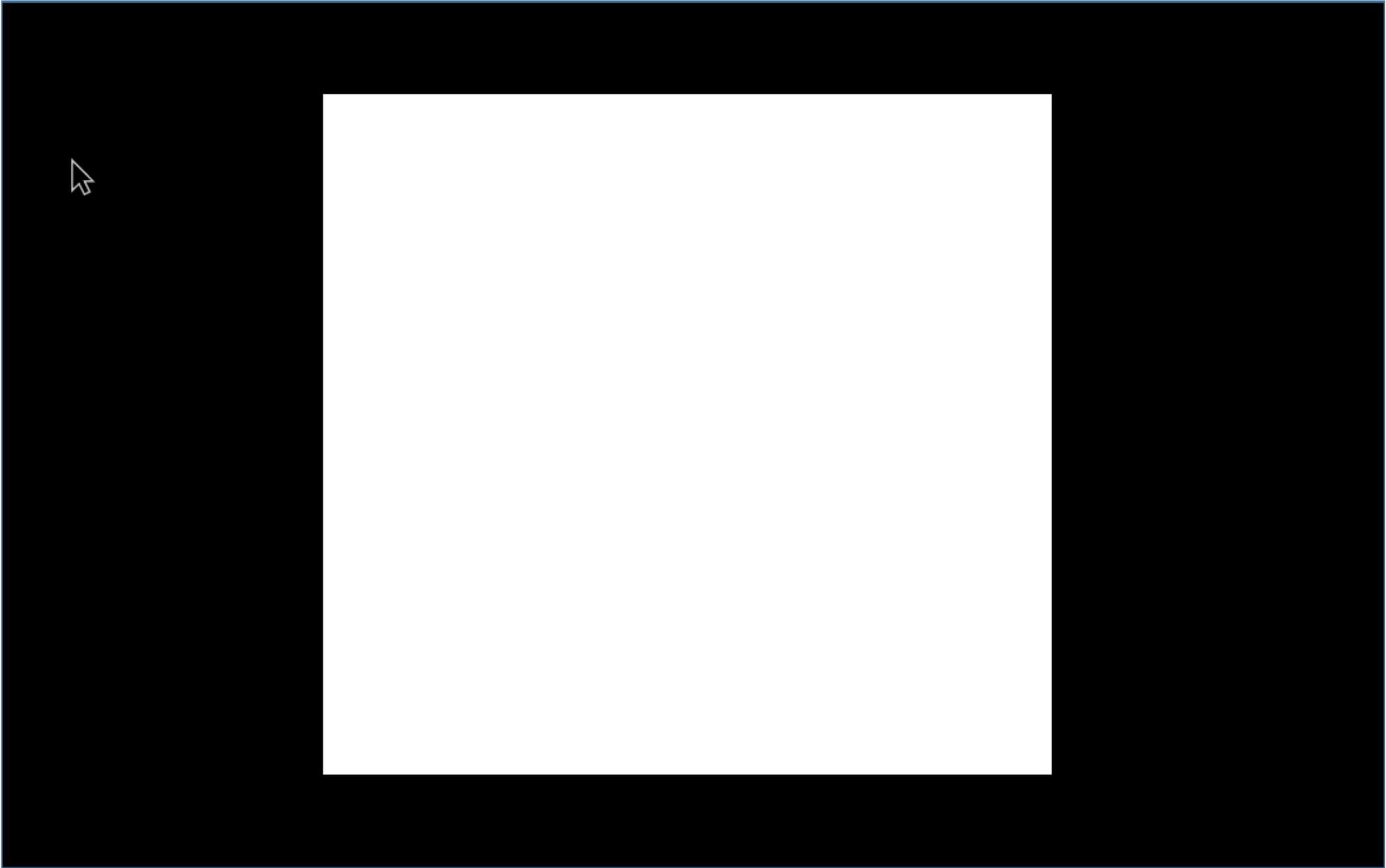
Mon nom c'est ALGORITHMME, je prends mon temps pour réfléchir, j'utilise mon cahier pour chercher, me poser des questions, résoudre un problème. Dans mon sac j'ai plein d'outils pour m'aider à construire des nouvelles connaissances et procédures. Je suis plus lent, mais j'ai toujours raison !













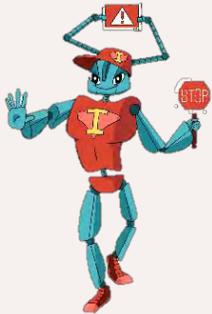
**QUE BOIT LA VACHE ?**

# Que s'est il passé ?



Qu'est ce que ton cerveau a fait qui a entraîné une erreur ?

Il a associé les mots vache – blanc – boisson pour trouver le mot lait



Quel était le piège ?

L'influence des questions portant sur la couleur des objets qui étaient tous blancs

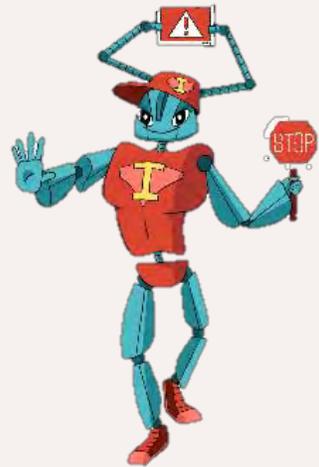


Comment ton cerveau aurait pu faire pour ne pas se tromper ?

Répondre à la dernière question à partir de ses connaissances, sans les mettre en lien avec les question précédentes.

# Et maintenant ?

Les habiletés métacognitives



A quoi je mets un STOP ?

A ma bouche ?

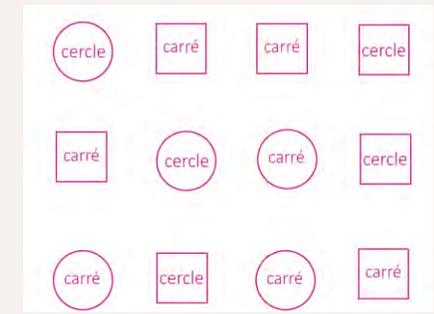
A mes pensées ?

A ma lecture ?

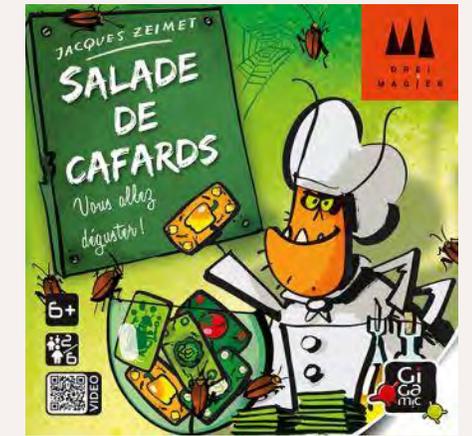
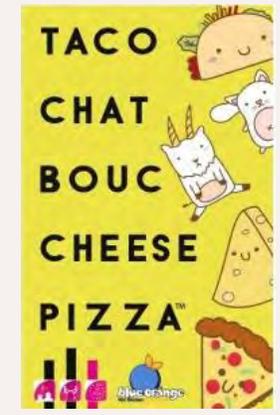
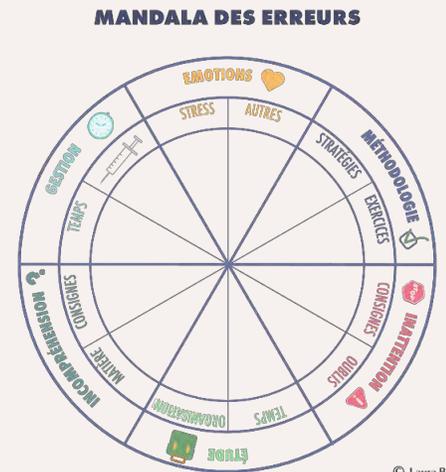
A mes jambes ?

A ma main ?

A mon écriture ?



**CHERCHEUR DE PIÈGE**



# La question de la généralisation



Pour chaque mission accomplie  
=  
obtention d'une vignette

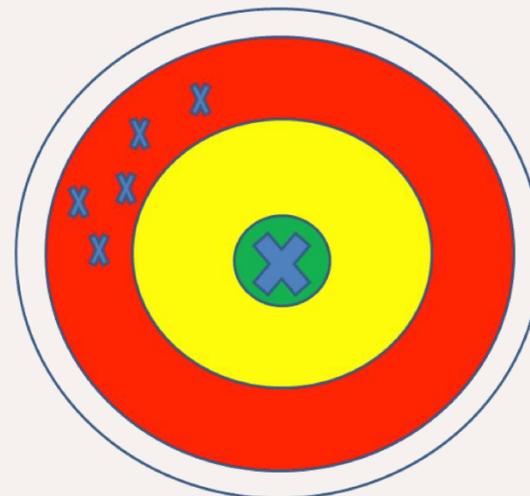


Chanson : La quête d'Oreisan



Mission : Écoute bien la chanson  
Combien de fois entends-tu le mot "ans" ?

J'entends le mot "ans"  
\_\_\_ fois dans la  
chanson!



Utiliser la cible de l'attention à la maison ou au DITEP pour les devoirs (Anne Lussier ANAE 2016)

Implication des parents et/ou  
des autres professionnels du  
DITEP

# Application aux apprentissages scolaires



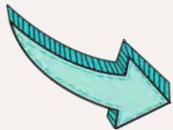
Reprenons un des exemples mentionnés au début de l'article : *“Louis a 4 dizaines, Léa 35 unités. Qui a plus d’éléments ?”*



Le piège : se laisser aller à notre heuristique qui dit que 35 est plus grand que 4 et donc, que Léa a le plus d’éléments.



La règle : 4 dizaines =  $4 \times 10 = 40 > 35$



Notre heuristique entre donc en conflit avec l’algorithme/la logique.



Rôle du système inhibiteur : Mettre un STOP et se rappeler que, pour pouvoir comparer deux choses, il faut qu’elles soient indiquées dans la même unité.

# Autres exemples

1		<b>STOP !!</b> <b>PAS SI VITE !</b>
2		<b>CONSIGNE ?</b> <b>Il faut faire quoi ?</b>
3		<b>JE REFLECHIS ...</b> Je cherche dans ma mémoire ce qu'on m'a appris pour répondre
4		<b>TROUVE !!</b> Je trouve ma solution !
5		<b>TOP DEPART !!</b> Je peux commencer l'activité
6		<b>JE VERIFIE</b> Je relis ma réponse

**J'APPRENDS MA POÉSIE**

*Fais une croix dans le cercle quand tu as fait ce qui est écrit  
Si tu n'arrives pas à compléter une étape, refais la précédente*

Je comprends tous les mots de la poésie

Je souligne les mots que je ne connaissais pas ou qui sont difficiles

Je compte le nombre de parties dans la poésie et je les entoure

Je fais un dessin (ou une histoire dans ma tête) qui raconte la poésie

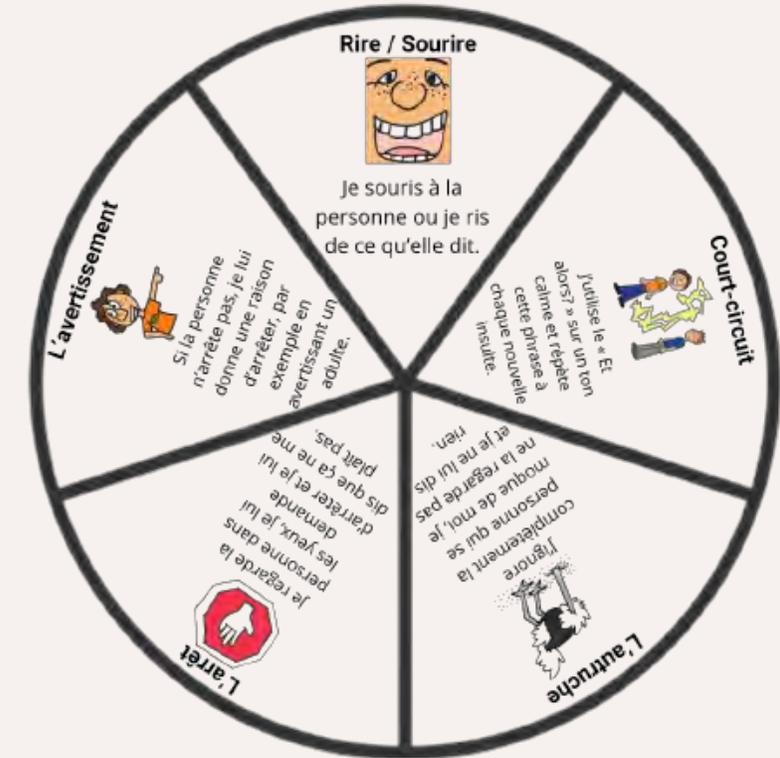
Je lis 3 fois chaque partie de la poésie

Je récite chaque partie de la poésie 3 fois

Je récite 2 fois la poésie en entier sans me tromper aujourd'hui

Je récite 1 fois la poésie en entier sans me tromper tous les jours

# Application sur le plan du comportement

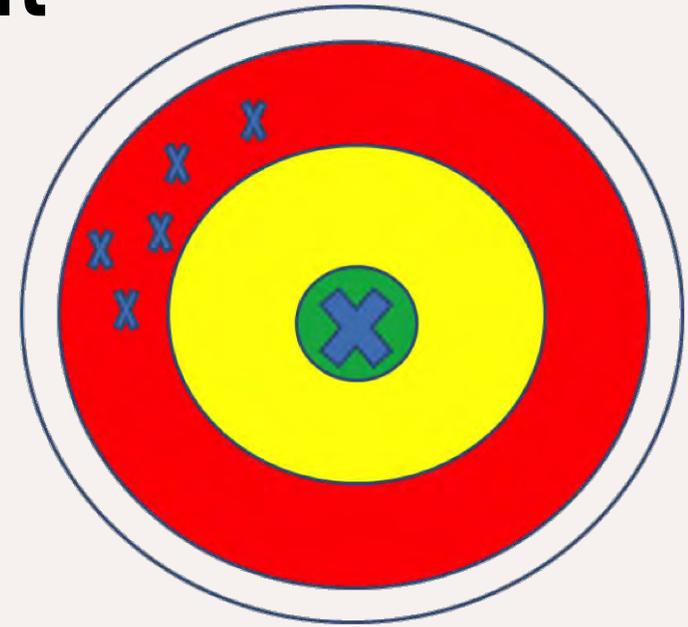


Roue des réactions aux moqueries

Baromètre pour évaluer les conséquences de son comportement sur les autres

# La régulation du comportement

## Les règles du groupe



Cible attentionnelle Anne Lussier ANAE 2016

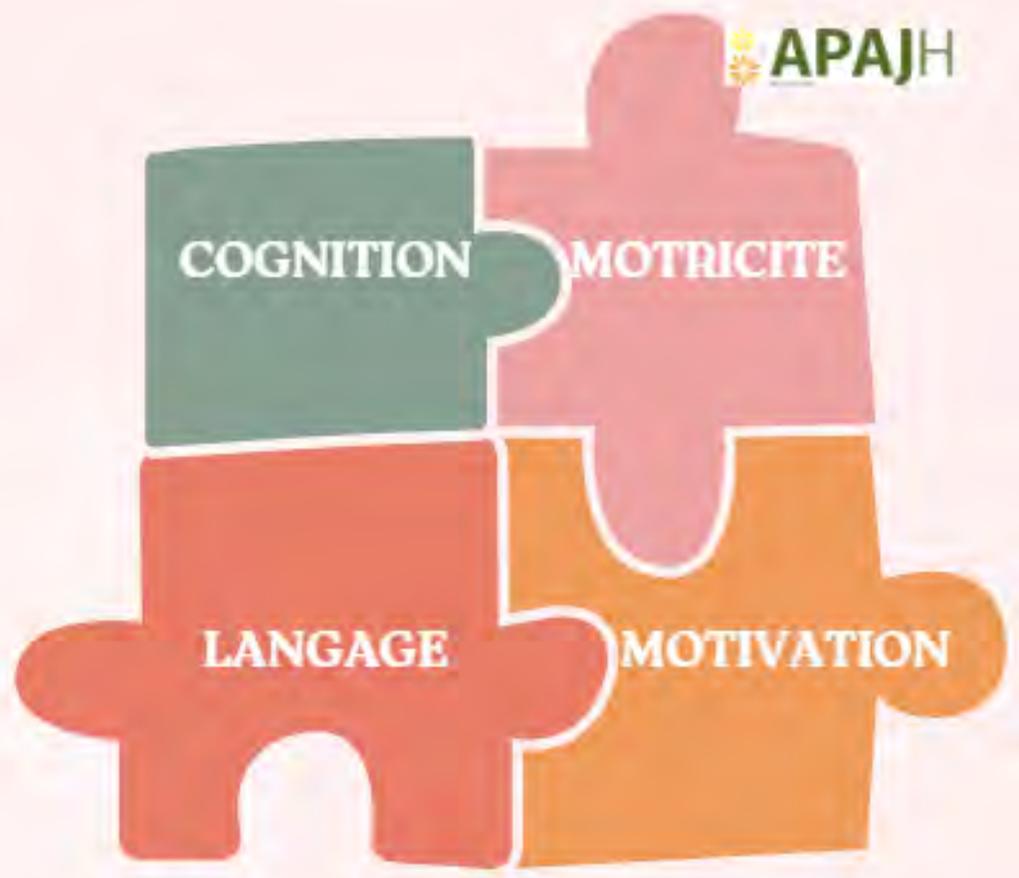
Mise en place d'un système de récompense, d'autorégulation de l'attention



**Merci de votre attention**

# Métacognition et Psychomotricité

Méthode CO-OP et Groupe PEP'S





## TDA/H et troubles associées

### Le bilan psychomoteur ?

- **Participation au diagnostic par l'observation et l'objectivation des symptômes du TDA/H (hyperactivité et impulsivité)**
  - **Evaluation des troubles associés : Trouble développemental de la Coordination (TDC) et dysgraphie.**
  - **Méthodes de rééducation basées sur les preuves**
- 

# Apprendre différemment !



## Eviter :

- **Entraînements intensifs et répétitions,**
- **Apprentissage par imitation,**
- **Les explications données à l'enfant.**



## Préférer :

- **Définir un but précis de la tâche à accomplir (activités significatives)**
- **Utiliser la métacognition et les techniques de résolution de problème**
- **Utiliser le langage par les propres mots de l'enfant)**
- **Encourager et donner des feedbacks (de l'info)**

# L'approche CO-OP

=

**Cognitive orientation to daily Occupational  
Performance**



- Centrée sur le patient, fondée sur la performance et la résolution de problèmes qui rend possible l'acquisition d'habiletés motrices
- Amélioration dans la réalisation de coordinations = Gain d'autonomie, augmentation du sentiment de compétence, amélioration de l'estime de soi...

# La résolution de problèmes

1) Déterminer avec l'enfant l'objectif poursuivi (**but**)



1- Quel est le problème ?



2- Je réfléchis à un plan d'action

2) Déterminer la stratégie utilisée (**plan**)

3) Exécuter la stratégie en question (**faire**)



3- Je mets en application mon plan



4- Je vérifie si mon plan a fonctionné

4) Faire le point sur l'efficacité de la stratégie (**vérifier**)

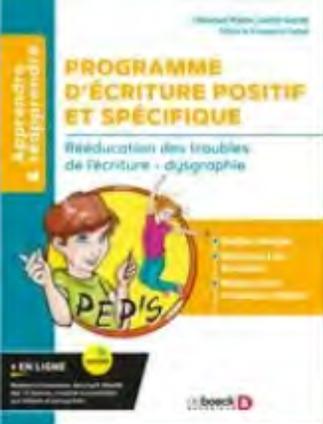
# Les étapes de la CO-OP

- Présentation de la méthode au patient et sa famille,
- Choix des objectifs par le patient (autodétermination = motivation accrue),
- Réalisation de la coordination souhaitée et évaluation,
- Progresser dans l'habileté grâce à la stratégie de résolution de problèmes :
  - BUT
  - PLAN
  - FAIRE
  - VERIFIER
- Mesurer le changement.



*OT'HOPE, outil pour aider le patient à choisir ses propres objectifs*

**“Impossible n’est pas CO-OP !”**



# Le programme PEP'S



- Programme d'écriture positif et spécifique,
- Pour les enfants présentant une, dysgraphie ou une plainte lors des temps d'écriture,
- Dysgraphie = lenteur et ou/qualité de l'écriture dégradée (manque de lisibilité),
- De la classe de CP au début du collège,
- Centré sur l'activité d'écriture (Top-Down). Pas validé scientifiquement, basé sur l'expérience clinique.





# Objectifs :

- **Améliorer la lisibilité de l'écriture**
  - Formation des lettres simplifiée
  - Intégration des paramètres spatiaux de l'écriture
- **Augmenter la vitesse d'écriture**
  - Automatisation de la formation des lettres
  - Méthodologies de copie
- **Améliorer le sentiment de compétence et la motivation à écrire**

## Etapes gagnantes

1 Je **REGARDE**



2 **JECOUTE**



3 **JECRIS**



4 Je **VERIFIE**



Mot de champion

ou



Mot d'amélioration

# La métacognition dans le PEP'S

## Les étapes gagnantes

## Les règles d'or



La meilleure vitesse pour  
bien écrire c'est le



Je mets les accents,  
les barres et les points  
à la fin du mot.

*voiture*



## Le format du PEP'S

- 1x/semaine pendant 1h
- 12 séances de rééducation + entretiens/évaluations pré-groupe et post-groupe
- En petit groupe ou en individuel
- Missions à la maison à réaliser chaque jour = généralisation
- Implication des parents indispensable



# Mise en pratique :

# 12 séances de rééducation avec PEP'S

il fait très beau  
je suis bien  
je vois de l'eau  
mais je ne sais pas  
où elle va

l'eau venait sur les côtés avec grande force des enfants étaient près de moi le plus petit donnait ses affaires à une femme  
cette femme qui était grande et belle devait être une reine elle leur avait pris la main et

il fait beau  
je suis bien  
je vois de l'eau  
mais je ne sais pas  
où elle va

L'eau venait sur les côtés avec une grande force. Des enfants étaient près de moi. Le plus petit donnait ses affaires à une femme  
cette femme qui était grande et belle devait être une reine. Elle leur avait pris la main et je les voyais aller vers une place

Lucas, 6ème

il fait très beau  
je suis bien  
je vois de l'eau  
mais je ne sais pas  
où elle va  
L'eau venait sur les côtés avec une grande force

il fait très beau  
je suis bien  
je vois de l'eau  
mais je ne sais pas  
où elle va

Arthur, CM2

il fait très beau  
je suis bien  
je vois de l'eau  
mais je ne sais pas  
où elle va  
L'eau venait sur les côtés avec une grande force

il fait très beau  
je suis bien  
je vois de l'eau  
mais je ne sais pas  
où elle va  
L'eau venait sur les côtés avec une grande force

BHK Avril 2023

il fait très beau  
je suis bien  
je vois de l'eau  
mais je ne sais pas  
où elle va  
L'eau venait sur les côtés avec une grande force

il fait très beau  
je suis bien  
je vois de l'eau  
mais je ne sais pas  
où elle va  
L'eau venait sur les côtés avec une grande force

BHK 29/01/2024

Samuel, CM1





**Merci pour votre attention !**

# **PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DU TDAH, PLACE DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX**

**Docteur Erica MARTINS,  
Médecin pédopsychiatre  
Responsable du CREDAH (CH. Charles Perrens)**

# Prise en charge globale du TDAH

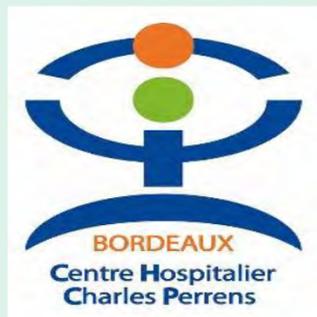
## La place du traitement médicamenteux

**Dr Erica MARTINS**

Pédopsychiatre – Centre Hospitalier Charles Perrens

Centre Référent Déficiences de l'Attention et Hyperactivité - CREDAH





# GENERALITÉS SUR LE TDAH



# Généralités

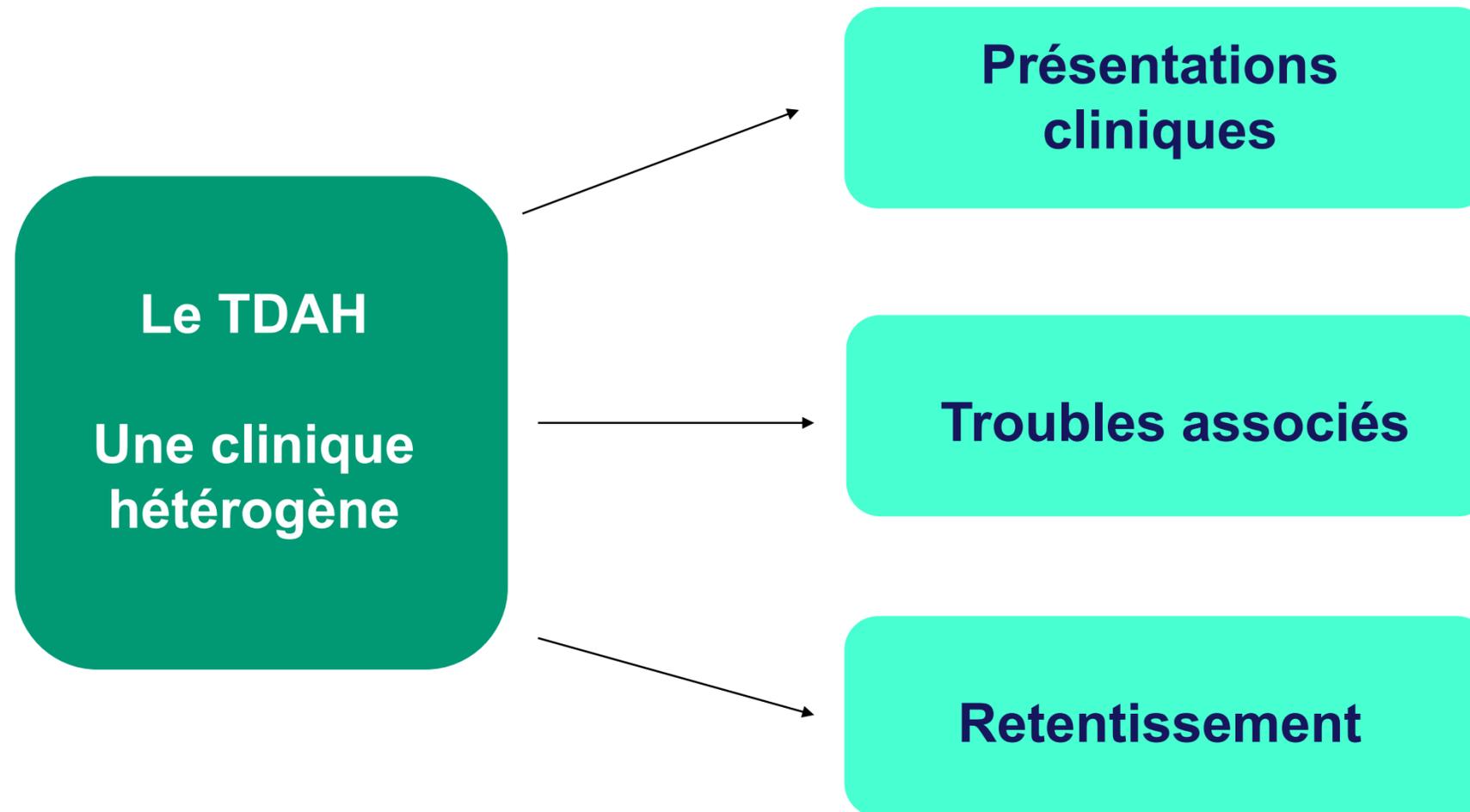
## Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité

~ 800 000 enfants et adolescents en France

6 % des enfants et 3% des adultes



# Le TDAH se manifeste différemment



# Retentissement du TDAH



Familial



Scolaire



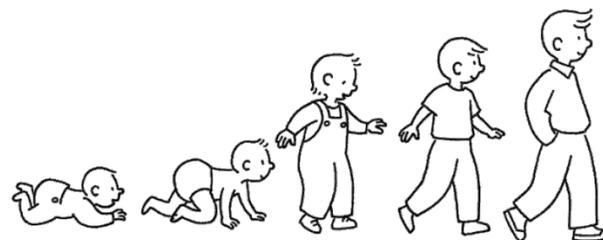
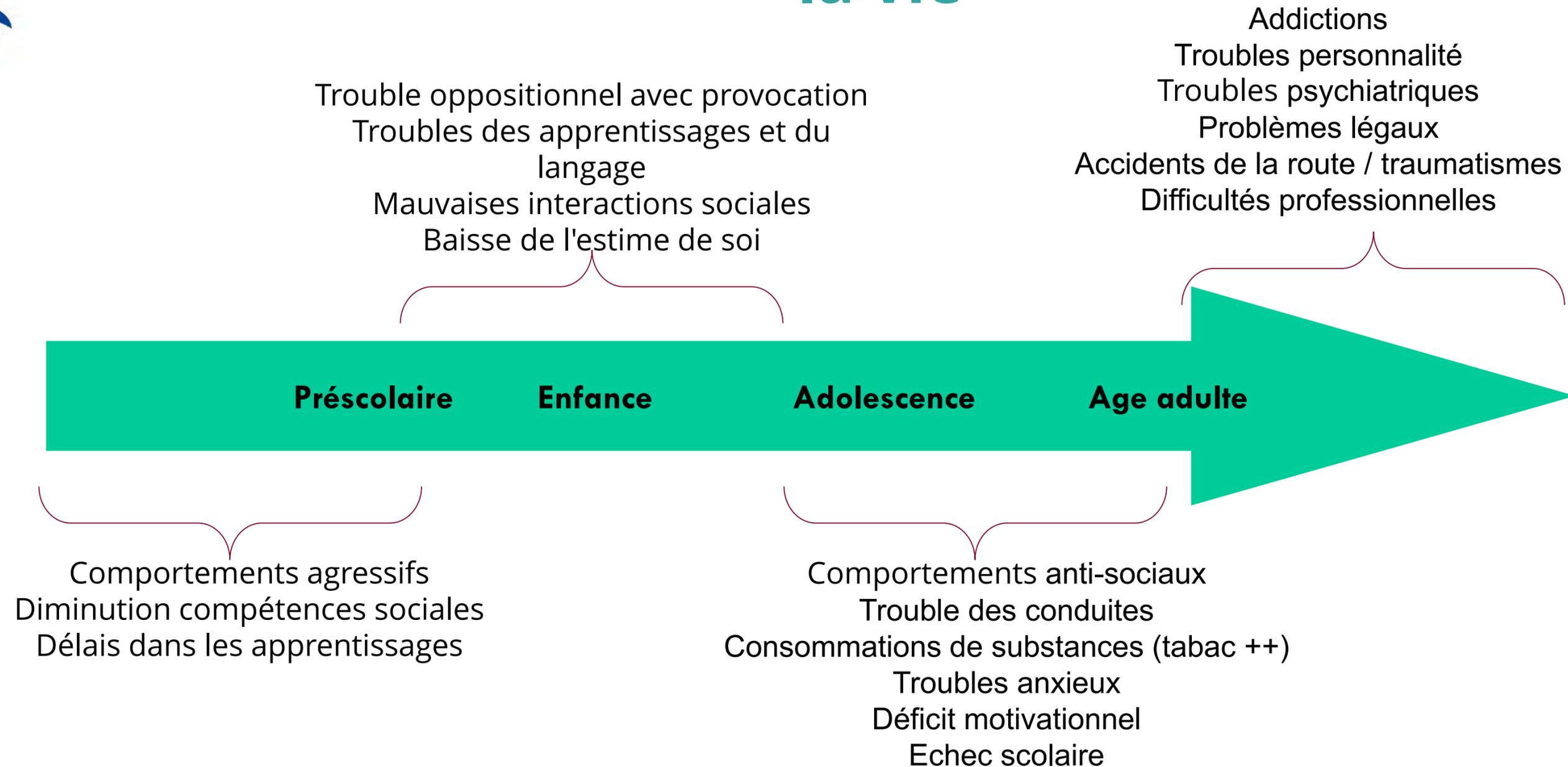
Social



Affectif



# Retentissement du TDAH tout au long de la vie





# PRISE EN CHARGE GLOBALE DU TDAH



# Recommandation de bonne pratique

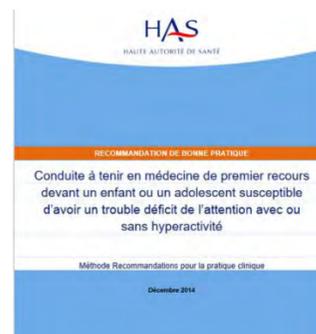
« La prise en charge du TDAH est globale et doit être adaptée aux types de symptômes de l'enfant, à la sévérité de leurs retentissements et au choix du patient et de ses parents »

**Approche multimodale**

**Individualisée**

**Suivi et Réévaluation**

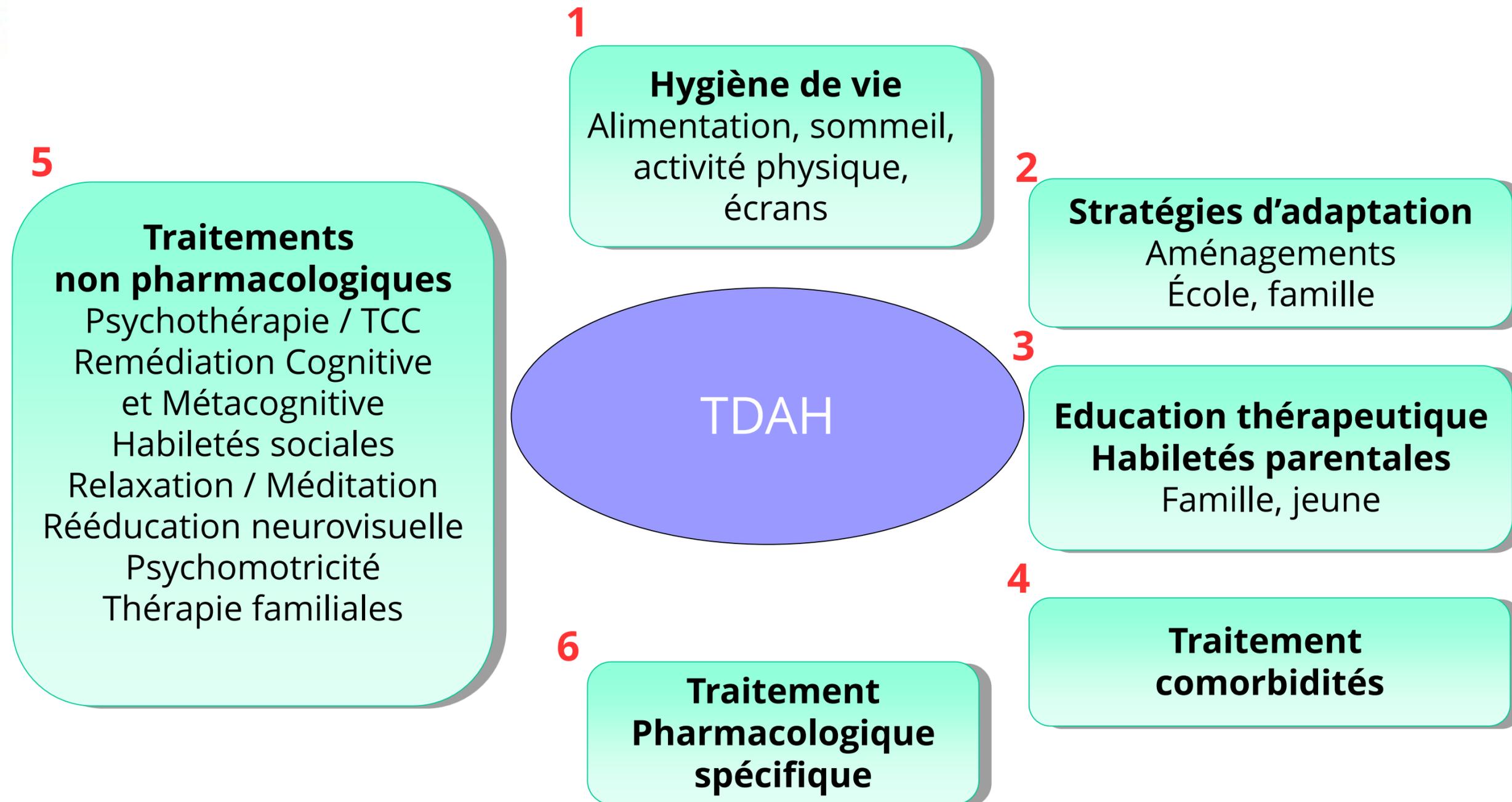
**Coordination: intervenants de santé et Education Nationale**



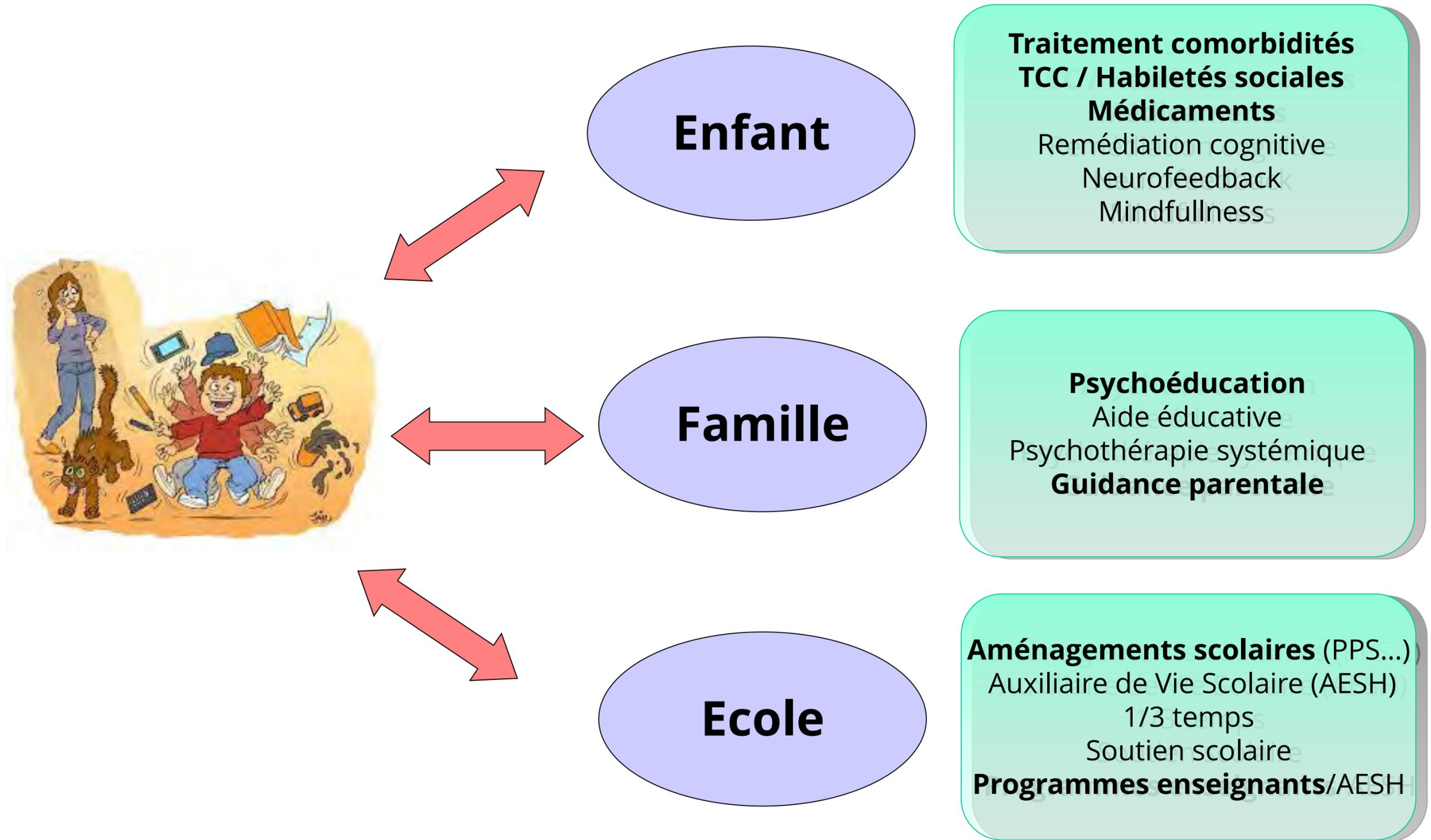
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2012647/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2012647/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille)



# Prise en charge globale du TDAH



# Le TDAH, les interventions



Interventions insuffisamment évaluées  
Efficacité à court terme sur symptômes TDAH et externalisés



# Restructuration de l'environnement

- **Adapter l'environnement pour diminuer l'expression du trouble** : milieu familial / milieu scolaire ou professionnel

- Grands principes :

Adapter la perception du temps (timer)

Réduire les distracteurs dans les tâches d'effort

Décharger des tâches d'organisation

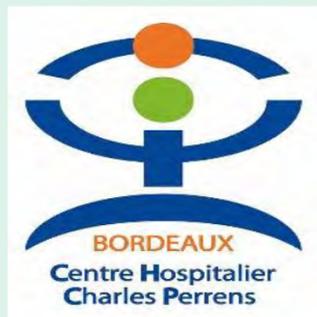
Valoriser et rendre efficaces les comportements moteurs (aller chercher des objets, distribuer des cahiers ...)

Adapter le cadre de travail : repères temporels et spatiaux

Valoriser les comportements adaptés (ex: calme)

Mettre en place des systèmes de supervision et psychoéducation





# LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DU TDAH



# Recommandations (1)

## En France

→ Prise en charge médicamenteuse lorsqu'une prise en charge psychologique, éducative et sociale seule s'avère insuffisante

## Au niveau européen et mondial (NICE, OMS, Eunethydis)

→ **Précolaires** = Psychoéducation parentale en 1ère intention

→ **Age scolaire + tableau d'intensité modérée**

1ère intention = Psychoéducation parentale + TCC / Habiletés sociales individuel + Interventions auprès des enseignants

2ème intention = Médicament combiné à interventions non médicamenteuses

→ **Age scolaire + tableau d'intensité sévère**

1ère intention = Médicament combiné à interventions non médicamenteuses



## Recommandations (2)



« Les autorités de santé du monde entier ont reconnu que plusieurs médicaments sont sûrs et efficaces pour réduire les symptômes du TDAH, comme le montrent les essais cliniques randomisés contrôlés. »



« Une approche multimodale du traitement des adultes souffrant de TDAH et de troubles comorbides associés. Idéalement, le plan de traitement devrait également impliquer le partenaire de l'adulte, sa famille ou ses proches.

L'approche multimodale comprend:

- la psycho-éducation du TDAH et des troubles comorbides
- la pharmacothérapie du TDAH et des troubles comorbides
- le coaching
- psychothérapie cognitivo-comportementale (individuelle et de groupe)
- thérapie familiale »



# Repères historiques



1937: C. Bradley – 1<sup>ère</sup> étude / Sulfate de Bazedrine



1944: L. Panizzon – Synthétise le Methylphenidate (MPH)



1956: Les psychiatres américains commencent à prescrire le MPH



1959: Première apparition du MPH dans le dictionnaire Louis Vidal



1963: Connors et Eisenberg publient la première étude sur l'utilisation du MPH chez des enfants



1995: Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du MPH pour le TDAH de l'enfant à partir de 6 ans



2021: AMM du MPH pour le TDAH chez l'adulte



# Quelle acceptabilité en fonction de l'efficacité/tolérance? Synthèse d'essais randomisés contrôlés (10 068 participants)

## Methylphenidate: meilleure acceptabilité

(Cortese et al, Lancet Psychiatry 2018)

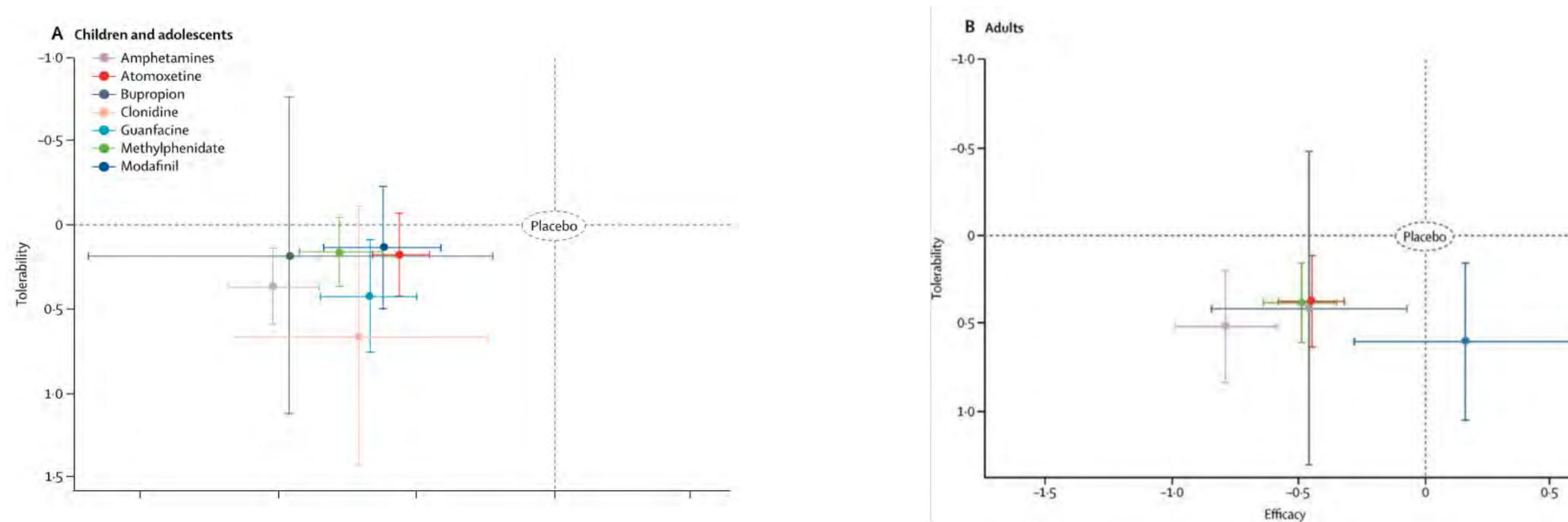
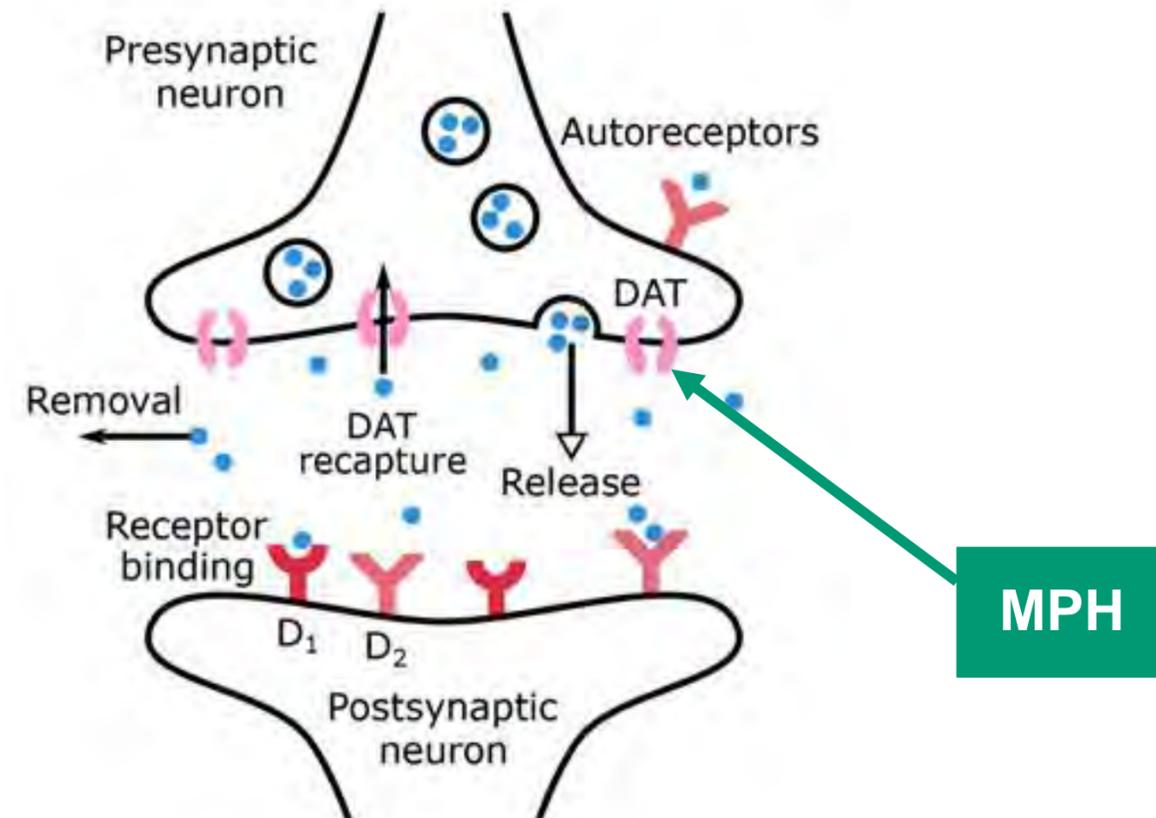


Figure 4: Two-dimensional graphs of efficacy versus tolerability in studies in children and adolescents and adults  
Effect sizes for individual drugs are represented by coloured nodes, with bars representing corresponding 95% CIs.



# Mécanisme d'action du Methylphenidate (MPH)



Une durée d'action limitée dans les temps et variable selon les spécialités:

4h

8h

10h à 12h

MPH

Schéma de la fente synaptique

Véronneau-Veilleux et al., 2022



# Initiation et titration

## Initiation

- Faible dose
- Évaluation symptômes/échelle standardisée

## Titration, tous les 3-7 jours

- Dose minimale efficace
- 0,3 à 1,2 mg /Kg/ j

## Evaluation de l'efficacité et de la tolérance

- Echelle standardisée
- Tolérance

**Prescription** initiale/annuelle par (pédo)psychiatre/pédiatre/neurologue/neuropédiatre (hospitalier ou non)

**Renouvellement mensuel/ adaptation** posologie par **tout médecin**



# Efficacité du Methylphenidate

**Taux de réponse positif: 70%**

Symptômes du TDAH

**↓ Opposition  
Provocation**

**↑ Apprentissages**

**↑ Régulation  
Emotionnelle**



# Durée du traitement

Il n'existe **pas de durée de prescription déterminée**, ni de facteurs prédictifs de la durée nécessaire de traitement

**Réévaluation du  
bénéfice**

au minimum annuelle

**Fenêtre  
Thérapeutique**

Ex: vacances scolaires



# Effacité du MPH sur le devenir du TDAH

**Diminution de différents risques chez les patients traités**

## **Actes criminels à court terme**

(Lichtenstein et al 2012, NEJM; Mohr-Jensen et al 2019, JAACAP)

## **Brûlures, blessures physiques et accidents voie publique à court terme**

(Chang et al, 2017, JAMA Psychiatry; Ghirardi et al 2020, JCPP ; Dalsgaard et al 2015, Lancet psychiatry)

## **MST à court/moyen terme et grossesse adolescence**

(Chen et al 2018, JAACAP; Hua et al 2021, J Att Disorder)

## **Abus de substance à court terme et à 2 ans**

(Quinn et al 2017, Am J Psychiatry)

## **Suicide à court terme et dépression à court terme et à 3 ans**

(Chang et al, 2016, Biol Psychiatry; 2020, Biol Psychiatry)

## **Mortalité prématurée**

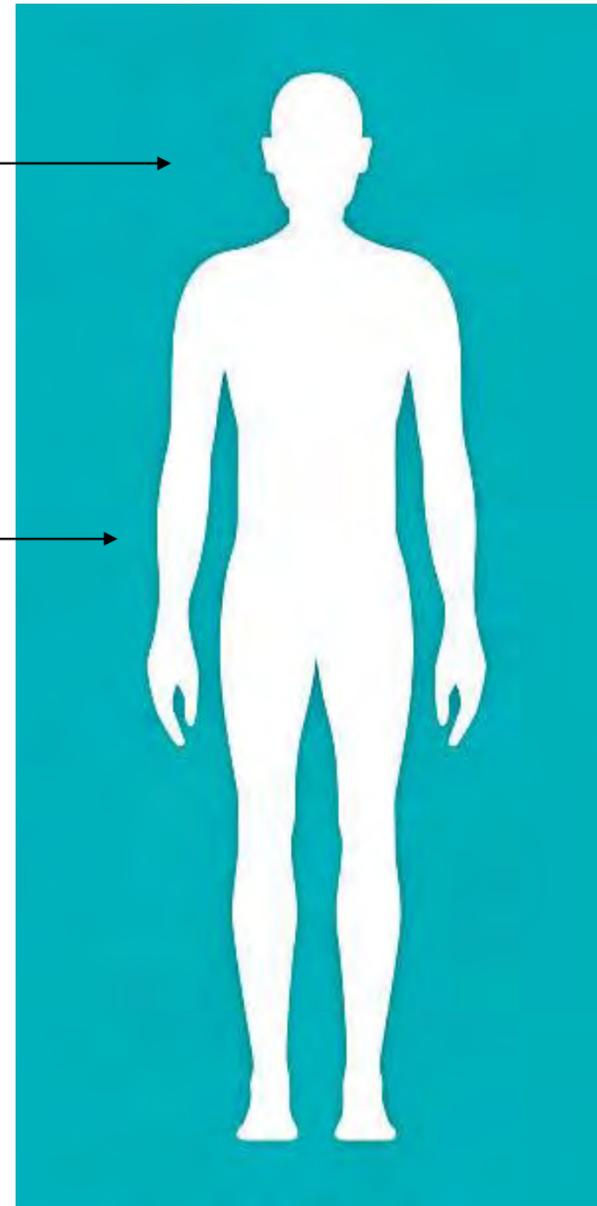
(Chen et al, 2020, Br J Psychiatry)



# La tolérance du traitement

**Céphalées transitoires**  
**Perturbations sommeil**

**Douleurs abdominales  
transitoires**  
**Hyporexie**  
**Perte de poids**  
**Impact sur courbe  
staturο-pondérale**



**Effet Rebond**

recrudescence de  
symptômes  
en fin de dose





# CONCLUSION



Le TDAH est un trouble fréquent qui a un impact sur le fonctionnement, à tous les âges

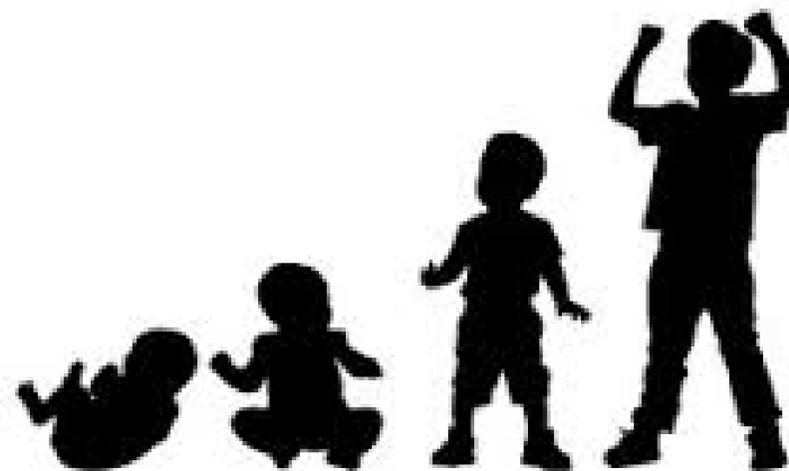
Intérêt des interventions thérapeutiques précoces, globales, individualisées et réévaluées

Le Methylphenidate est le principal traitement médicamenteux prescrit en France pour le TDAH:

- Mais 30% de non-répondeurs: intérêt d'élargir les options thérapeutiques



**Merci pour votre attention**



# LE MOT DE LA FIN...

Mme Marie-Claude Leclerc,  
Vice Présidente de l'APAJH Gironde