The top half of the image features a repeating teal geometric pattern on a white background. The pattern consists of small, interconnected star-like or floral shapes arranged in a grid. Overlaid on this pattern is the title text in a bold, teal, sans-serif font.

TDAH : TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ

Que peut faire le médecin généraliste ?

LE TDAH... C'EST QUOI ?

Un trouble du neurodéveloppement



Qui concerne 5 à 6% des enfants, (3% des adultes) 2♂/1♀



Se manifeste par une triade de symptômes

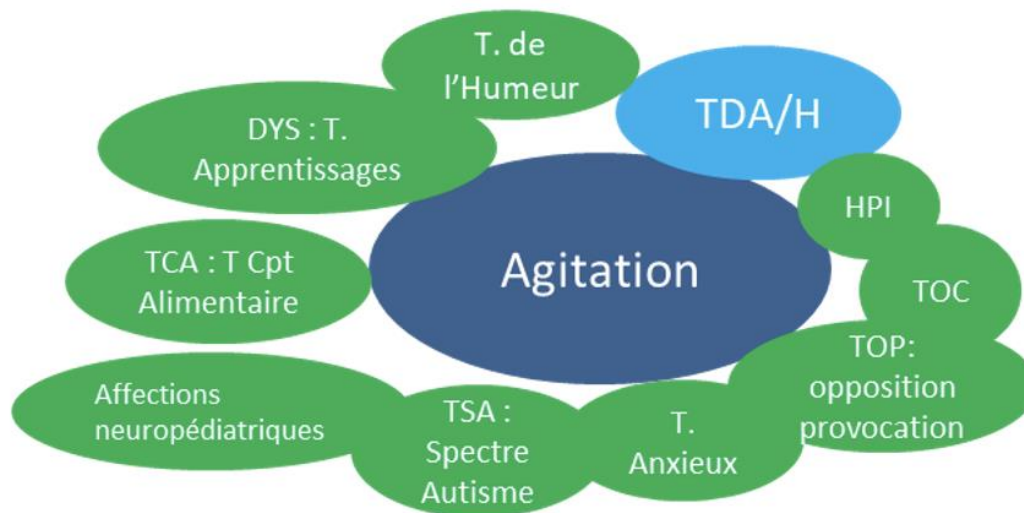


Qui entraîne une souffrance

L'AGITATION : UN SYMPTOME

Le TDAH n'est qu'une des causes d'agitation

- Il fait partie des Troubles du Neurodéveloppement (TND)
 - au même titre que la dyslexie, la dyspraxie, les TSA...
- Les comorbidités entre TDAH et autres TND sont fréquentes
 - leur présence n'exclut pas forcément le diagnostic de TDAH ...



Non ce n'est pas une mode
décrit depuis le 19^{ème} siècle :

- hyperkinésie, instabilité, hyperactivité...

Non ce n'est pas les parents
les parents n'en sont pas la cause

- même s'ils peuvent être défaillants
- groupes parentaux : apprendre à s'adapter

Non ça n'augmente pas
prévalence stable

- et similaire dans tous les pays
- y compris Afrique et Chine...

Non ça n'est pas tous les enfants
être moins attentif et distractible est courant

- dans troubles psychiatriques/somatiques
- et dans certaines circonstances

UNE TRIADE DE SYMPTÔMES



The diagram illustrates the triad of symptoms for ADHD. On the left, three white circles are arranged vertically and connected by a thin blue line. Each circle is positioned to the left of a horizontal bar of a different color: grey for 'Inattention', dark grey for 'Impulsivité', and teal for 'Hyperactivité'. The text 'UNE TRIADE DE SYMPTÔMES' is at the top left. To the right of each bar is a corresponding box containing specific symptoms: a grey box for Inattention, a dark grey box for Impulsivity, and a teal box for Hyperactivity.

Inattention

Difficultés à se concentrer
Facilement distrait
Parait ne pas écouter
Ne termine pas

Impulsivité

N'attend pas son tour
Se précipite
Interrompt
Passe d'une activité à l'autre

Hyperactivité

Court et grimpe
S'agite
Ne tient pas assis
Ne joue pas en silence
Prend des risques

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DSM V

Au moins 6/9 symptômes d'inattention et/ou au moins 6/9 symptômes hyperactivité et impulsivité

3 formes : combinée / inattention/ H I

A Symptômes

Au moins 6/9, durée >6 mois

B âge

À partir de 6 ans , apparition avant 12 ans

C environnements

Au moins 2 différents

D impact

Social, scolaire, professionnel, personnel

E exclusion

MISSIONS DU MÉDECIN : DÉTECTER LES SYMPTÔMES

Histoire clinique

- Anamnèse, ATCD personnels , familiaux (med et psy)
- Trajectoire développementale
- Observation (parents, enseignants.....)
- Examen clinique

Proposer parents questionnaires

- Conners Abrégé
- ADHD

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE CONNERS POUR LES PARENTS

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Rempli le :

par

☐

mère

☐

père

☐

mère + père

Observation	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Énormément
	0	1	2	3
1. Agité ou très actif				
2. Nerveux, impulsif				
3. Ne finit pas ce qu'il commence				
4. Toujours remuant				
5. Perturbe les autres enfants				
6. Inattentif, facilement distrait				
1. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites, facilement frustré				
8. Pleure souvent et facilement				
9. Changement d'humeur rapide et marqué				
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible				

Un score supérieur à 15 peut être considéré pathologique

ADHD

A quel point votre enfant est-t-il été perturbé ?	Jamais / Rarement	Quelque fois	Souvent	Très souvent
1. Ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderies dans le travail scolaire				
2. Remue les mains et les pieds ou se tortille sur sa chaise				
3. Epreuve souvent des difficultés à maintenir son attention / tâches ou activités ludiques				
4. Se lève en classe ou dans d'autres situations où il/elle est supposé(e) rester assis(e)				
5. Semble ne pas écouter quand on lui parle directement				
6. Court ou grimpe excessivement dans les situations où cela est inapproprié				
7. Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à finir son travail				
8. A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou dans les activités de loisir				
9. A du mal à organiser ses travaux ou ses activités				
10. Est « sur la brèche » ou agit comme s'il/elle était « monté(e) sur ressorts »				
11. Evite les tâches qui nécessitent un travail soutenu				
12. Parle excessivement				
13. Perd des objets nécessaires à son travail ou à ses activités				
14. Laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée				
15. Est facilement distrait(e)				
16. A du mal à attendre son tour				
17. A des oublis dans la vie quotidienne				
18. Interrompt les autres ou impose sa présence				

Cotation

Les 18 items de l'ADHD-RS sont cotés sur une échelle de 4 points :

- ✓ 0 : Rarement ou jamais
- ✓ 1 : Quelques fois
- ✓ 2 : Souvent
- ✓ 3 : Très souvent

Le clinicien doit prendre en compte dans son évaluation :

- ✓ la fréquence du comportement
- ✓ le niveau de gêne due au comportement
- ✓ le niveau développemental

Dans la plupart des études cliniques, un score supérieur ou égal à 28 est requis pour qualifier un TDAH significatif. Toutefois, le diagnostic de TDAH est avant tout clinique, et repose sur des critères diagnostics qu'un score total à une échelle d'évaluation ne saurait remplacer. Au surplus, à notre connaissance, il n'existe pas de normes en population générale française permettant de valider ce score-seuil de 28.

LE DIAGNOSTIC EST CLINIQUE

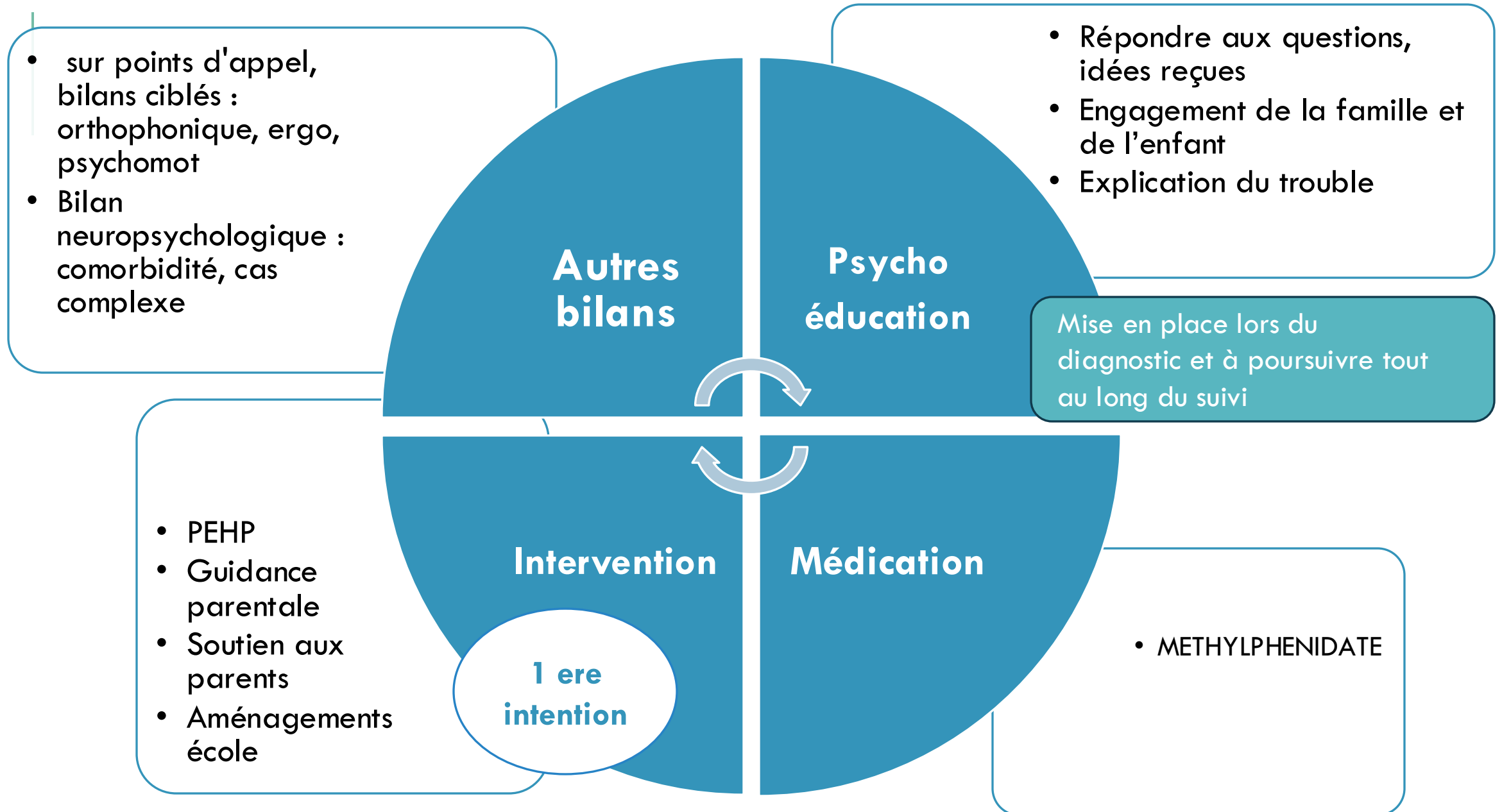
Posé par tout médecin formé au TDAH

- A date : pédopsychiatre, neuropédiatre, pédiatre
- pas d'examen complémentaire ou de marqueur pouvant confirmer le diagnostic
- Entretien clinique

Examen somatique et psychiatrique

- Vérification de la conformité des signes aux critères diagnostiques (DSM V)
- Difficultés/complexités en lien avec présence de troubles associés ou comorbidités
- Élimination diagnostics différentiels

QUE FAIRE UNE FOIS LE DIAGNOSTIC POSE ?



Traitement médicamenteux en 2ème intention

En fonction de la sévérité des symptômes

- et de leur impact négatif sur le quotidien scolaire familial et social du patient
- Systématiquement associé à des mesures non médicamenteuses
 - Si troubles sévères, il peut être débuté après mise en place de la psychoéducation
- **Le Méthylphénidate LP est le traitement de référence :**
 - doses et spécialités à adapter en fonction de l'efficacité et de la tolérance
 - pour un individu donné, les différentes formes n'ont pas nécessairement la même efficacité
 - il peut être arrêté rapidement sans précautions particulières

Vu par vos patients à la télé (<https://www.tdah-france.fr/>)

- C'est une amphétamine ? **Non !**
- Il est interdit à la vente ? **Non !** c'est un traitement prescrit par un spécialiste
- C'est un dopant utilisé par les étudiants et les sportifs ? **Non !** car pas d'amélioration de la performance chez le sujet sain.
- Il crée une addiction ? **Non !** il n'existe pas d'addiction dans un usage thérapeutique normal
 - *Et au contraire, diminution du surrisque de conduite addictive à l'adolescence et à l'âge adulte des patients TDAH...*

BILAN PRÉ THÉRAPEUTIQUE ET SUIVI

bilan pré-thérapeutique

- anamnèse
- examen clinique TA FC
- recherche comorbidités psychiatriques

quand demander un ECG ?

- ATCD de chirurgie cardiaque ou cardiopathie congénitale
- ATCD mort subite parent 1^{er} degré < 40 ans
- Essoufflement ou malaise à effort
- Palpitations
- Précordialgie
- Anomalie de TA

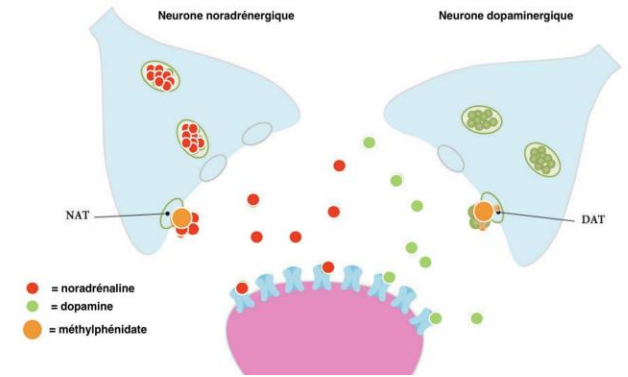
CI absolues

- Allergie sévère methyphenidate
- IMAO en cours ou récent
- Glaucome
- Phéochromocytome
- surveillance particulière en cas d'épilepsie, Gilles de la Tourette et autres troubles cardiovasculaires

Effets secondaires

- peu fréquents, surtout initiation
- Endormissement
- Perte appétit
- Perte de poids
- Céphalée
- Douleurs abdominales
- Elevation de la FC
- exacerbation des tics
- Réduction dose ?

TRAITEMENT



Méthylphénidate : modalités de prescription

Inhibiteur de la recapture de la dopamine

- 0,5 à 1 mg/kg/j soit les jours scolaires uniquement, soit en continu. Arrêt durant les vacances
 - Initié par un pédiatre, neurologue ou psychiatre
 - Renouvelable pendant 1 an par le médecin généraliste (avec changement posologique possible)
- Maximum 60 mg/jour, mais commencer par de petites doses
 - Forme LI : 5 mg matin et midi,
 - Forme LP : monoprise au petit déjeuner
 - Forme LP: 10 mg (Quasym, Ritaline, Médikinet), 18 mg (Concerta)

Possibilité de combiner
LI et LP le matin pour
un effet « booster »

IMPACT DU TDAH

Scolaire : comportement, apprentissages

Relationnel

Familial

Impact sur l'estime de soi, risque de dépression

Souvent isolé, pas de meilleur ami

Plus victime de harcèlement

Liées à l'impulsivité mais aussi au manque d'attention

Effets de stigmatisation par enfants et parents

Mais chez les enfants TDAH, risque

- d'augmentation des accidents, des conduites addictives, des conduites suicidaires et d'activités délictueuses, **notamment chez l'adolescent**
- d'aggravation des conséquences psychologiques, scolaires, familiales et sociales en **cas de retard de diagnostic** ou d'interventions thérapeutiques

FACE AU TDAH, LE MÉDECIN PARTICIPE ACTIVEMENT

Précocité du
dépistage

Recherche de
comorbidités

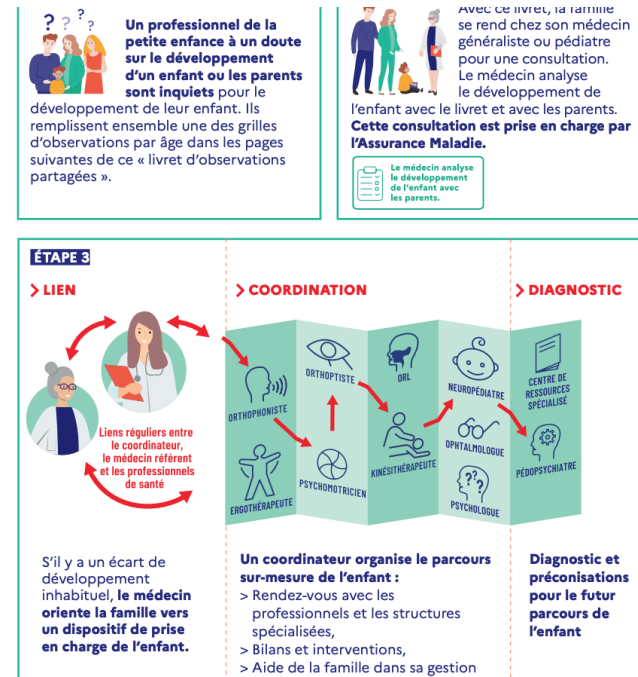
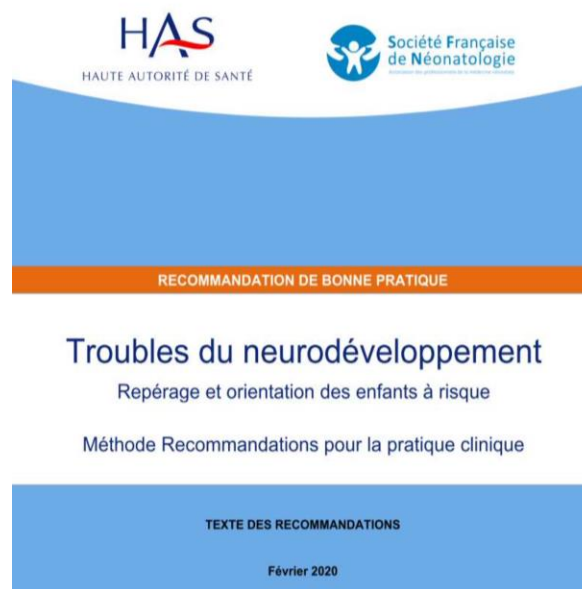
Coordonne soins
/psychoéducation

Interventions non
médicamenteuses

Suivi et
adaptation du
traitement

HAS 2020 TND / PCO

- Harmoniser les pratiques de repérage et d'orientation
- Optimiser et simplifier le parcours des enfants et de leurs familles
- Prises en charges + précoces
- Mise en place des Plateformes de coordination et d'orientation (PCO)



- dispositif d'intervention précoce : **enfants âgés de 0 à 6 ans inclus et 7 à 12 ans**
- orienter les enfants quand l'entourage et/ou le médecin suspectent un possible TND vers **Plateforme d'Orientation et de Coordination (PCO)**, uniquement sur prescription médicale.
- Engager **l'intervention coordonnée de professionnels**, dont des psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes, en plus des professionnels conventionnés, conformément aux recommandations HAS, avec renvoi des comptes rendus du premier diagnostic au médecin prescripteur,
- Déclenchement forfait précoce

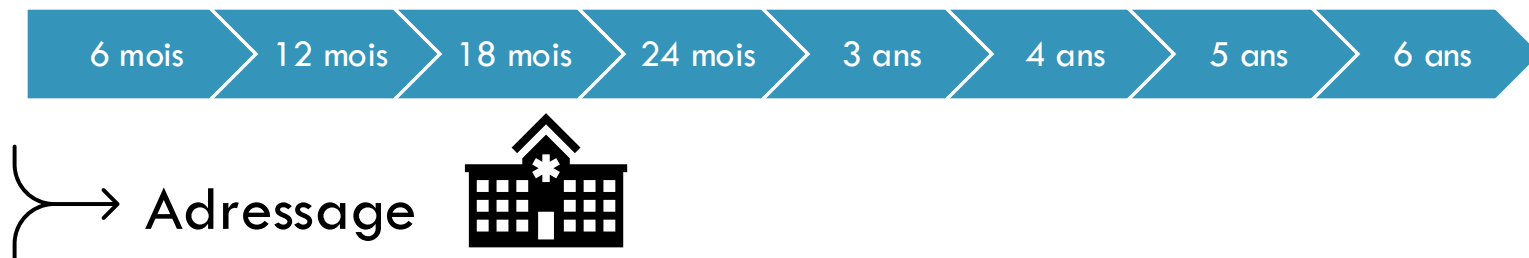
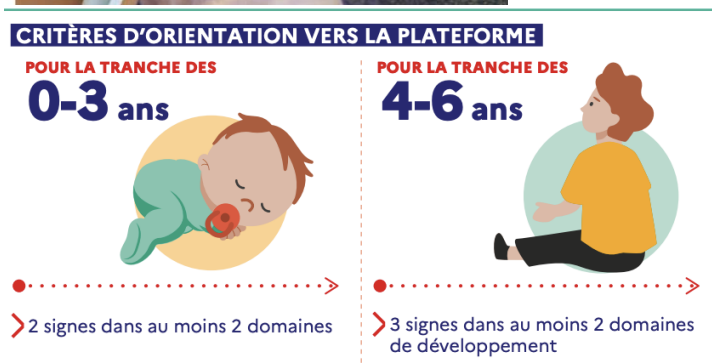
REPÉRER ET GUIDER 0 À 6 ANS RÉVOLUS



renforcer et systématiser le repérage : livrets de repérage destinés aux professionnels

- à remplir par un médecin
 - libre accès
 - détecter les enfants susceptibles de présenter un TND/ facteurs de risque
 - Fiches signes d'alerte : Motricité globale, Motricité fine et praxies , Langage oral, Socialisation
 - Cognition:
 - À 4 ans : parvient le plus souvent à terminer une activité ou un jeu à l'école ou à la maison (hors écran)
 - À 5 et 6 ans : maintient son attention dix minutes sur une activité ou tâche qui l'intéresse, sans recadrage (les écrans ne comptent pas)

• <http://www.tndtest.com/>



REPÉRER ET GUIDER 7 À 12 ANS



- Le deuxième livret, également en accès libre, est destiné aux enfants de **7 à 12 ans**



médecin



enseignant



parents

→ C'est le médecin qui, en accord avec la famille, décidera ou non de l'adresser à la plateforme (PCO)

Comment envoyer ce livret à la plateforme de coordination et d'orientation (PCO) ?

> Soit en utilisant **le livret en ligne sur le logiciel Viatrajectoire**, ensuite télétransmis à la PCO.

<https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>

> Soit en utilisant **le livret en version PDF cliquable**, ensuite envoyé par messagerie sécurisée à la PCO.

> Soit en utilisant **le livret en version papier**, ensuite adressé par courrier à la PCO.

L'adresse de la PCO de votre territoire est consultable <https://www.ameli.fr/content/adresses-et-telephones-plateformes-decoordination-et-d-orientation-pco>

