

Trouble du comportement

Prise en charge des enfants
TDA/H: balises pour le
médecin généraliste

Dr Mikaël Mathot Neuropédiatre



Plan de la présentation

- * Introduction générale (diagnostic , comorbidités,..)
- * Article du Lancet (Posner et al; Vol 395 February 8,2020)
- * Conseil Supérieur de la Santé (avis 9547 ; mars 2021)
- * L'aspect médicamenteux

1) Introduction générale

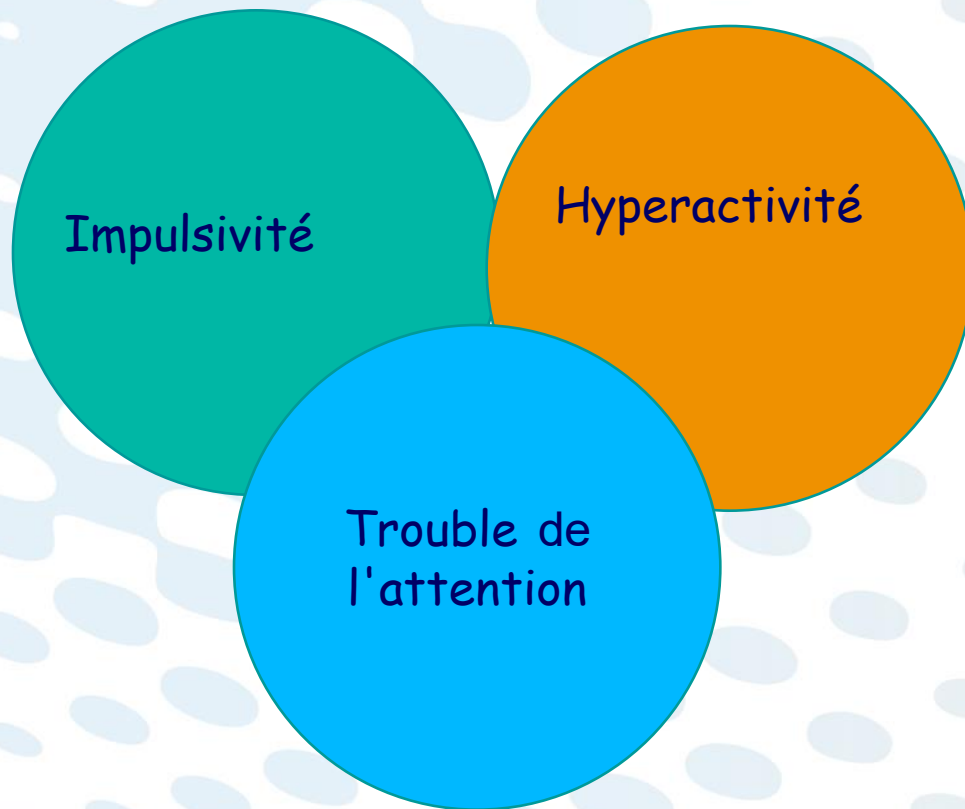
- * *DSM-V versus DSM-IV*
- * *Conséquences à long terme*
- * *Comment approcher le diagnostic ?*
- * *Les comorbidités*

DSM-V versus DSM-IV

- * Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental
- * Critères toujours basés sur inattention et hyperactivité/impulsivité mais 6 de chaque groupe nécessaires pour enfant alors que 5 suffisants pour ados et adultes (DSM-IV inadéquat pour diagnostiquer les adultes)
- * Apparition des symptômes avant 12 ans et non plus 7
- * Possibilité d'associer un TDAH et un trouble du spectre autistique (par contre tjs d'actualité d'exclure psychose, anxiété, bipolarité,..)

Critères diagnostiques selon le DSM:

- 1) 6 critères sur > 6 mois d'inattention et hyperactivité/impulsivité
(5 critères chez grands ados et adultes)
- 2) symptômes présents avant l'âge de 12 ans
- 3) gêne fonctionnelle dans au moins 2 types d'environnements différents
- 4) altération significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel
- 5) autres pathologies exclues (trouble psychotique, trouble anxieux, ..)



3 composantes

- Notion de « présentation »

- ° Présentation combinée : les critères d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité sont remplis pour les 6 derniers mois.

- ° Présentation avec inattention prédominante : le critère « inattention » est rempli pour les 6 derniers mois mais pas le critère « hyperactivité-impulsivité ».

- ° Présentation hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère H/I est rempli pour les 6 derniers mois mais pas le critère « inattention ».

Les conséquences à long terme...

Types TDA/H	Enfant	Adolescent	Adulte
Inattention	- Fait des erreurs d'inattention - N'écoute pas les instructions - A du mal avec les devoirs du soir - Est désorganisé - Oublie fréquemment ses affaires - Est facilement distrait	- Difficulté à se concentrer - A du mal avec les devoirs du soir - S'ennuie facilement - Est désorganisé - Est facilement distrait	- N'écoute pas les instructions - A du mal avec la paperasse et l'administration - Se sent débordé par les longs projets - Désorganisation, mauvaise gestion du temps - Oublie ses engagements - Est en retard à ses rendez-vous - Peu d'attention sur les détails
Hyperactivité	- Toujours en mouvement - Court et saute sans raisons - Tendance à faire pipi au lit - Ne sais pas s'occuper calmement - Comme conduit par un moteur	- Se sent souvent agité et à cran - Parait occupé mais fait peu de choses - Ne sait pas s'occuper calmement - Comme conduit par un moteur	- Nerveux - A la bougeotte avec ses membres - A du mal à rester assis longtemps - Parle excessivement - Jobs les plus actifs ou extraordinaires
Impulsivité	- Interrompt les autres - N'écoute pas les réponses - N'attend pas son tour	- Expérimentation de drogues (cannabis, amphétamine, cocaïne, ...) - Rapports sexuels non protégés - Plusieurs partenaires sexuels - Tempérament explosif (parents, ...) - Crise de rage atypique (1 heure) - Accident moto/auto - Interrompt les autres	- Changements de jobs fréquents et impulsifs - Abus d'alcool et de tabac - Tempérament explosif - Conduit trop vite - Accident moto/auto - Interrompt les autres - Dépenses impulsives - Relations extraconjugales

Importance de la composante « inattentive »...

The screenshot shows a web browser window displaying a PubMed article. The browser's address bar shows the URL www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21799065. The PubMed logo and navigation links are at the top. The article title is "Childhood trajectories of inattention and hyperactivity and prediction of educational attainment in early adulthood: a 16-year longitudinal population-based study". The authors listed are Pinquault JB, Tremblay RE, Vitaro F, Carboneau R, Genolini C, Falissard B, and Côté SM. The abstract is visible, detailing the study's objectives, methods, results, and conclusions. The results section states that four trajectories of inattention and four of hyperactivity were observed, with a high inattention trajectory strongly predicting not having a high school diploma. The conclusions state that inattention, rather than hyperactivity, predicts long-term educational attainment. On the right side of the page, there are sections for "Full text links" (linking to psychiatryonline), "Save items" (Add to Favorites), "Related citations in PubMed" (listing several related articles), "Cited by 17 PubMed Central articles" (listing articles that cite this one), and "Related information" (MedGen, Cited in PMC). At the bottom, there is a "PubMed Commons" section with 0 comments and a "Recent Activity" section. The Windows taskbar at the bottom shows the date as 29/04/2015 and the time as 11:09.

Childhood trajectories of inatt... X

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21799065

NCBI Resources How To Sign in to NCBI

PubMed.gov US National Library of Medicine National Institutes of Health

PubMed Advanced Help

Abstract

Am J Psychiatry. 2011 Nov;168(11):1164-70. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10121732. Epub 2011 Jul 28.

Childhood trajectories of inattention and hyperactivity and prediction of educational attainment in early adulthood: a 16-year longitudinal population-based study.

Pinquault JB¹, Tremblay RE, Vitaro F, Carboneau R, Genolini C, Falissard B, Côté SM.

Author information

Abstract

OBJECTIVE: Literature clearly documents the association between mental health problems, particularly attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), and educational attainment. However, inattention and hyperactivity are generally not considered independently from each other in prospective studies. The aim of the present study was to differentiate the unique, additive, or interactive contributions of inattention and hyperactivity symptoms to educational attainment.

METHOD: The authors randomly selected 2,000 participants from a representative sample of Canadian children and estimated developmental trajectories of inattention and hyperactivity between the ages of 6 and 12 years using yearly assessments. High school graduation status, at age 22-23 years, was obtained from official records.

RESULTS: Four trajectories of inattention and four trajectories of hyperactivity were observed between the ages of 6 and 12 years. After controlling for hyperactivity and other confounding variables, a high inattention trajectory (compared with low inattention) strongly predicted not having a high school diploma at 22-23 years of age (odds ratio=7.66, 95% confidence interval [CI]=5.06-11.58). To a lesser extent, a declining or rising trajectory of inattention also made a significant contribution (odds ratios of 2.67 [95% CI=1.90-3.75] and 3.87 [95% CI=2.75-5.45], respectively). Hyperactivity was not a significant predictor once inattention was taken into account.

CONCLUSIONS: Inattention rather than hyperactivity during elementary school significantly predicts long-term educational attainment. Children with attention problems, regardless of hyperactivity, need preventive intervention early in their development.

Comment in

Childhood trajectories of inattention symptoms predicting educational attainment in young adults. [Am J Psychiatry. 2011]

PMID: 21799065 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Facebook Twitter LinkedIn

Publication Types, MeSH Terms, Grant Support

LinkOut - more resources

PubMed Commons PubMed Commons home

0 comments

[How to join PubMed Commons](#)

Full text links

psychiatryonline
full-text article

Save items

Add to Favorites

Related citations in PubMed

Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder [J Child Psychol Psychiatry. 2011]

Childhood trajectories of inattention, hyperactivity and oppositional behaviors [Mol Psychiatry. 2013]

Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories [Arch Gen Psychiatry. 2011]

Review Academic and educational outcomes of children with ADHD. [J Psychiatr Psychol. 2007]

Review Academic and educational outcomes of children with ADHD. [Ambul Pediatr. 2007]

See reviews...

See all...

Cited by 17 PubMed Central articles

Assessing the Independent Contribution of Maternal Educational Expectations [PLoS One. 2015]

The high heritability of educational achievement reflects many genetic factors [Proc Natl Acad Sci U S A. 2014]

White matter microstructure and the variable adult outcome [Neuropsychopharmacology. 2015]

See all...

Related information

MedGen

Cited in PMC

Recent Activity

FR

11:09
29/04/2015

Comment approcher le diagnostic ?

- * L'histoire ...
- * Les questionnaires
- * Les tests psychométriques

Les questionnaires

Tableau comparatif – échelles et questionnaires

	BRIEF	BROWN	BASC	CBCL/YSR	DBRS	WFIRS
Rapidité de passation	+	+	-	-	+	+
Sensibilité	+	+	+	+/-	-	+/-
Auto- et hétéro-évaluation	+	+	+	+	-	-
Correction en ligne	-	-	+	+	+	-
Prix	565€ HT	363€ HT	363€ HT	Entre 40 et 400€ (selon la version)	Entre 100 et 350€ (selon la version)	Free

L'idéal est de combiner plusieurs échelles et de les confronter, afin d'obtenir le profil clinique le plus complet et détaillé possible, et de mettre en avant les incohérences éventuelles (internes et externes selon les intervenants, selon les questionnaires et selon les questions au sein d'un même document).

- ▶ Plusieurs échelles administrées pour le même jeune : analyse de la cohérence des réponses (entre les différentes personnes interrogées, selon les questionnaires mais également au sein d'une même échelle).
- ▶ Certaines échelles disponibles pour l'enseignant et le parent (BRIEF, BROWN EF/A, DBRS) : points de comparaison très utiles, notamment dans l'analyse de l'impact des difficultés sur le quotidien (sphères scolaire, sociale, familiale).

CEG

Score Composite Exécutif Global

Inhibition

Flexibilité

Contrôle émotionnel

Initiation

Mémoire de Travail

Planification/Organisation

Organisation du matériel

Contrôle

BRIEF : BEHAVIORAL RATING INVENTORY OF EXECUTIVE FUNCTION

G.A. Gioia, P.K. Isquith, S.C. Guy et L. Kenworthy. A. Roy, N. Fournet, D. Legall et J-L. Rouin, 2014.

► Inventaire d'évaluation comportementale des fonctions exécutives.

► Evaluation de la **fréquence** d'apparition des comportements, pour les enfants de 5 à 18 ans. Il existe une version préscolaire également.

► Proposée aux parents et aux enseignants.

► IRC = Indice de Régulation Comportementale. Aptitude de l'enfant à faire preuve de flexibilité cognitive et à moduler ses émotions et son comportement via le contrôle inhibiteur approprié. Composé des échelles : Inhibition, Flexibilité et Contrôle Emotionnel.

► IM = Indice de Métacognition. Aptitude de l'enfant à initier, planifier, organiser et maintenir en Mémoire de travail la résolution de problèmes futurs → gestion et autonomie dans les tâches et les performances. Composé des échelles : Initiation, Mémoire de Travail, Planification/organisation, Organisation du matériel et Contrôle

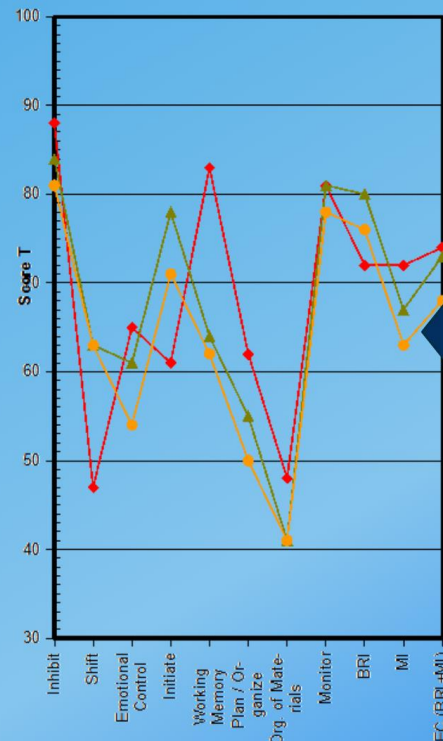
BRIEF - PROTOCOLE

Nom de l'enfant : Lucas Centre : St-E
 Classe : 7 ans Age : 7 ans Date de naissance : 04/01/15
 Votre nom : Maman Lien de parenté : Maman Date : 15/01/15

J = Jamais P = Parfois S = Souvent

1. A des réactions excessives face à des problèmes mineurs	J	P	S
2. Quand trois choses sont à faire, il/elle ne se souvient que de la dernière ou que de la première	J	P	S
3. Ne détermine pas tout(e) seul(e) quelque chose (il/elle prend pas l'initiative)	J	P	S
4. Laisse la salle de jeu en désordre	J	P	S
5. S'oppose ou a des difficultés à accepter une approche différente pour résoudre un problème dans le cadre du travail scolaire, avec les amis, dans les tâches quotidiennes, etc.	J	P	S
6. Est contrôlé(e) par les situations nouvelles	J	P	S
7. A des accès de colère explosifs	J	P	S
8. Essaye la même approche encore et encore pour résoudre un problème alors que cela ne marche pas	J	P	S
9. A une capacité d'attention réduite (inattentif)	J	P	S
10. A besoin qu'on lui dise de commencer une tâche même lorsqu'il/elle est d'accord pour la faire	J	P	S
11. Ne ramène pas à la maison ses devoirs, les polycopiés donnés par le maître/la maîtresse, ses fournitures, etc.	J	P	S
12. Le changement de projet le/la contrarie beaucoup	J	P	S
13. Le changement de maître/maîtresse ou de salle de cours le/la perturbe	J	P	S
14. Ne vérifie pas son travail pour voir s'il y a des erreurs	J	P	S
15. A de bonnes idées mais ne peut pas les mettre par écrit	J	P	S
16. A du mal à trouver des idées pour jouer ou occuper son temps libre	J	P	S
17. A des difficultés pour se concentrer sur les tâches quotidiennes, le travail scolaire, etc.	J	P	S
18. Ne fait pas le lien entre devoirs à la maison et notation à l'école	J	P	S
19. Est facilement distrait(e) par tout ce qui se passe autour de lui/elle (bruits, etc.)	J	P	S
20. A facilement les larmes aux yeux	J	P	S
21. Fait des erreurs d'orthographe	J	P	S
22. Quête de rendre un devoir même lorsqu'il/elle s'est fatigué	J	P	S
23. S'oppose au changement de routines, d'alternatives, de lieu, etc.	J	P	S
24. Peine pour faire ses tâches quotidiennes ou des activités qui nécessitent plus d'un étape	J	P	S
25. A des accès de colère pour des raisons anodines	J	P	S
26. Son humeur change souvent	J	P	S
27. S'arrête pas à se maintenir sur une activité sans l'aide d'un adulte	J	P	S
28. Se focalise sur des détails et perd la vue d'ensemble	J	P	S
29. Laisse sa chambre en désordre	J	P	S
30. A des difficultés à s'habituer à de nouvelles situations (classe, groupe, amis)	J	P	S
31. Se fait mal	J	P	S
32. Châtier ce qu'il/elle était en train de faire	J	P	S
33. Lorsqu'on lui demande d'aller chercher quelque chose, oublier ce qu'il/elle est supposé(e) aller chercher	J	P	S
34. N'a pas conscience de la manière dont son comportement affecte ou dérange les autres	J	P	S
35. A de bonnes idées mais ne finit pas le travail (a des difficultés pour poursuivre jusqu'au bout)	J	P	S
36. Se sent dépassé(e) quand il y a beaucoup de choses à faire	J	P	S
37. A du mal à finir ce qu'il/elle commence (tâches quotidiennes, devoirs)	J	P	S
38. Agit de manière plus brutalement ou plus infantile que les autres membres du groupe (titres d'animateur, récréation)	J	P	S
39. Pense trop souvent à une même chose	J	P	S
40. Sous-estime le temps nécessaire pour terminer un travail ou une activité	J	P	S
41. Coupe la parole aux autres	J	P	S
42. Ne s'arrête pas quand son comportement provoque des réactions négatives	J	P	S
43. Quitte sa chaise quand il/elle ne faut pas	J	P	S
44. Perd le contrôle de lui/elle-même davantage que ses amis	J	P	S

BRIEF Profile Form



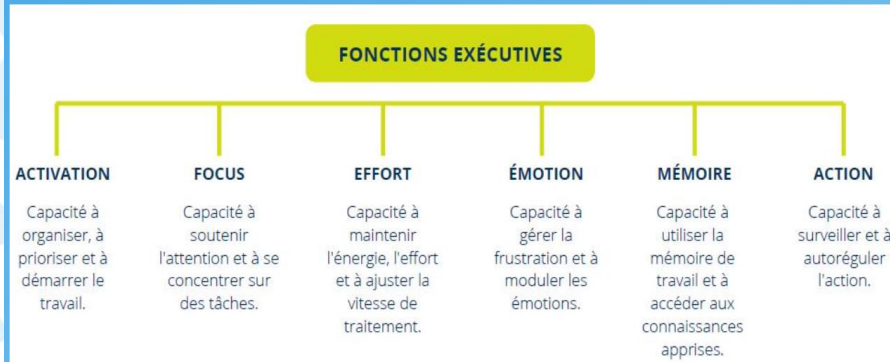
Questionnaire complété par la maman et les deux enseignants d'un garçon âgé de 7 ans et 7 mois.

Difficultés majeures sur le plan de l'inhibition, de l'initiation, de contrôle et de la mémoire de travail. Globalement, l'indice de régulation du comportement (IRC = BRI) est très significatif.

Les enseignants et la maman relèvent des observations similaires.

BROWN EF/A ATTENTION / FONCTIONS EXÉCUTIVES

THOMAS E. BROWN, PHD



<https://www.pearsonclinical.fr/brown>

► De 6 à 18 ans

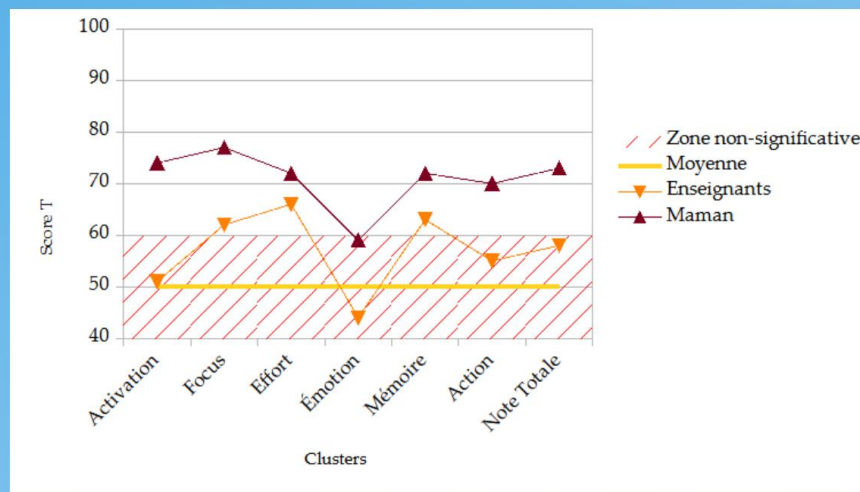
► Evaluation des fonctions exécutives en lien avec le TDA/H. Questionnaire composé de 6 échelles : Activation, Focus, Effort, Emotion, Mémoire, Action

► Version parents, enseignants et enfant :

Types de questionnaires	6 à 7 ans	8 à 12 ans	13 à 18 ans
Parent(s)	✓	✓	✓
Enseignant(s)	✓	✓	
Auto-Questionnaire		✓	✓

BROWN EF/A - PROTOCOLE

CLÉ DE COTATION					A	P	M	T
					A = Aucun problème	P = Problème Peu important	M = Problème Moyennement important	T = Problème Très important
1. Semble avoir du mal à se mettre à ses exercices ou à d'autres tâches demandées.	A	P	M	T				
2. Se déconcentre facilement pendant qu'il (elle) écoute une histoire.	A	P	M	T				
3. Passe trop de temps sur des petits détails dans le but d'atteindre la perfection.	A	P	M	T				
4. Sauf pendant ses activités préférées, semble fatigué(e) ou avoir sommeil en pleine journée, même après une nuit de sommeil complète.	A	P	M	T				
5. A du mal à se rappeler des choses qu'il (elle) vient tout juste d'entendre ou de lire.	A	P	M	T				
6. Semble débordé(e) par des tâches quotidiennes et des situations qu'il (elle) devrait pourtant pouvoir gérer.	A	P	M	T				
7. A du mal à passer d'une activité à une autre.	A	P	M	T				
8. A besoin de temps supplémentaire pour finir des tâches routinières.	A	P	M	T				
9. A du mal à suivre les consignes, en particulier si on lui donne plusieurs choses à faire en même temps.	A	P	M	T				
10. Se laisse facilement distraire par des bruits de fond ou par d'autres activités se déroulant en même temps.	A	P	M	T				
11. A du mal à rester assis(e) sans s'agiter et à rester silencieux(e) lorsqu'on lui demande.	A	P	M	T				
12. Se fait trop de soucis.	A	P	M	T				
13. A du mal à comprendre l'idée principale d'une histoire peu captivante après l'avoir lue ou entendue.	A	P	M	T				
14. Interromp les autres lorsqu'ils (elles) sont en train de faire ou de dire quelque chose.	A	P	M	T				
15. Oublie d'amener ou ignore des choses dont il (elle) a besoin comme ses livres, ses jouets ou son matériel.	A	P	M	T				
16. A du mal à se concentrer sur quelque chose pendant un long moment à moins que la tâche l'intéresse.	A	P	M	T				
17. Abandonne rapidement lorsqu'il (elle) essaie d'apprendre quelque chose de nouveau si c'est difficile.	A	P	M	T				
18. A beaucoup de mal à démarrer des tâches comme ranger derrière soi ou s'habiller.	A	P	M	T				
19. Se montre excessivement sensible, susceptible ou trop sur la défensive en cas de critique ou de moquerie.	A	P	M	T				
20. Commence à faire des choses sans attendre l'autorisation ou les consignes.	A	P	M	T				
21. Obéit des règles variables à l'école, parfois bonnes, parfois mauvaises.	A	P	M	T				
22. Semble perdre le fil ou s'exprime de manière incohérente lorsqu'il (elle) parle.	A	P	M	T				
23. S'impatiente et se met à remuer excessivement ses doigts, à répéter ses choses ou ses vêtements.	A	P	M	T				
24. Se sent frustré(e) et se montre irrité(e) face à de petits désagréments.	A	P	M	T				
25. Son humour n'est pas soigné et est difficile à lire.	A	P	M	T				
26. Met du temps à répondre aux questions ou à réagir aux sollicitations des autres.	A	P	M	T				
27. A besoin que les consignes soient répétées plusieurs fois avant de les comprendre.	A	P	M	T				
28. Pas après avoir commencé une tâche ou un exercice, s'arrête et ne veut pas terminer.	A	P	M	T				



L'échelle de Brown met en avant des courbes similaires entre les enseignants et la maman du patient. Les difficultés sont relativement identiques dans les sphères familiale et scolaire, bien que moins intense en contexte scolaire. Echelle très significative selon la maman, plus modérée selon les enseignants.

BASC-3

SYSTÈME D'ÉVALUATION DU COMPORTEMENT

CECIL R. REYNOLDS, RANDY W. KAMPHAUS

	Problèmes d'externalisation	Problèmes d'internalisation	Compétences adaptatives	Indice des symptômes comportementaux
QP-P	Hyperactivité Agressivité	Anxiété Dépression Somatisation	Adaptabilité Habilités sociales Communication fonctionnelle Activités de la vie quotidienne	Hyperactivité Agressivité Dépression Problèmes d'attention Comportements atypiques Comportements de retrait
QP-G	Hyperactivité Agressivité Problèmes de conduites	Anxiété Dépression Somatisation	Adaptabilité Habilités sociales Communication fonctionnelle Leadership Activités de la vie quotidienne	Hyperactivité Agressivité Dépression Problèmes d'attention Comportements atypiques Comportements de retrait

- ▶ 3 à 11 ans
- ▶ Evaluation large des difficultés émotionnelles et comportementales
- ▶ Version parent et enfant (auto et hétéro évaluation)
- ▶ Correction informatisée

<https://www.pearsonclinical.fr/basc-3>

Tranche d'âges	3 à 5 ans	6 à 7 ans	8 à 11 ans
Le Questionnaire du parent	QP-P	QP-G	QP-G
Le Questionnaire de l'enfant		QE-E	QE-A

BASC - PROTOCOLE

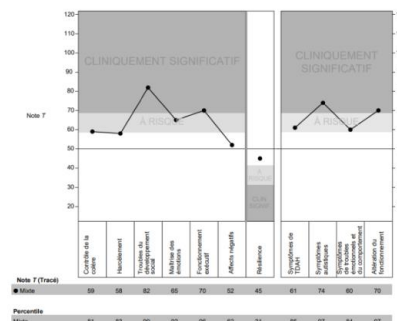
Echelle complétée par les parents du patient (7 ans 7 mois)

- Difficultés diffuses sur le plan comportemental et émotionnel (développement social, exécutif, comportements atypiques).
- L'échelle met en avant l'importance de symptômes dans le fonctionnement global et adaptatif.
- Dans cet exemple, les parents semblent particulièrement inquiets, bien que la plupart des échelles soient "à risqué" et non "significatives".

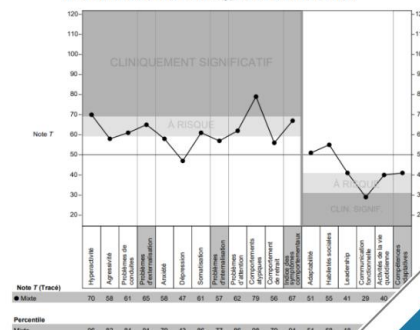
Rappel : J = Jamais P = Parfois S = Souvent T = Presque toujours

1. Est attentif(e).....	J P S T	46. Ne fait pas attention à ses affaires.....	J P S T
2. Fait des remarques positives sur les autres.....	J P S T	47. S'adapte bien aux nouveaux projets familiaux.....	J P S T
3. Discrète.....	J P S T	48. Se montre timide avec les autres enfants.....	J P S T
4. Est facilement bouleversé(e).....	J P S T	49. Se plaint de douleurs.....	J P S T
5. Répond aux questions de manière adaptée.....	J P S T	50. Tille les autres les provocant.....	J P S T
6. Tombe malade.....	J P S T	51. Mange des choses qui ne se mangent pas.....	J P S T
7. S'attire des ennuis.....	J P S T	52. Dit : « Je veux mourir » ou « Je voudrais être mort(e) ».....	J P S T
8. Possède de bonnes capacités d'adaptation.....	J P S T	53. Montre de l'intérêt pour les idées des autres.....	J P S T
9. Se fait du souci.....	J P S T	54. S'inquiète de ce que pensent les autres enfants.....	J P S T
10. Évite le contact visuel.....	J P S T	55. Blesse les autres exprès.....	J P S T
11. A une capacité d'attention limitée.....	J P S T	56. Se met à chercher des informations lorsqu'il/elle est à l'école.....	J P S T
12. Semble perdue, déconcentrée.....	J P S T	57. Vient.....	J P S T
13. Se montre vulnérable face à la mort.....	J P S T	58. Confond la réalité avec l'imagination.....	J P S T
14. Dit : « Si le plomb s'en va, merci ».....	J P S T	59. Manipule les autres.....	J P S T
15. Se plaint de sa santé.....	J P S T	60. Est triste.....	J P S T
16. Est capable de bien prévoir les choses.....	J P S T	61. Sait répondre correctement au téléphone.....	J P S T
17. Semble étrange.....	J P S T	62. Pousse les gens à collaborer ensemble.....	J P S T
18. Fait preuve d'initiatives.....	J P S T	63. Ecrit ou se livre à d'autres activités.....	J P S T
19. A des accidents de propreté (souille ses vêtements d'autres, par exemple).....	J P S T	64. A du mal à bouclonner ses vêtements.....	J P S T
20. Dit : « Je crois que je suis malade ».....	J P S T	65. Se montre cruel(e) envers les animaux.....	J P S T
21. Est créatif(e).....	J P S T	66. A besoin qu'on lui rappelle de se brosser les dents.....	J P S T
22. Fait des choix alimentaires sains.....	J P S T	67. S'inquiète de ce que pensent ses parents.....	J P S T
23. Ment.....	J P S T	68. Enfreint les règles.....	J P S T
24. Agit sans réfléchir.....	J P S T	69. A du mal à expliquer les règles de jeu aux autres.....	J P S T
25. Critique tout.....	J P S T	70. S'empare facilement.....	J P S T
26. Peut le contrôle lorsqu'il/elle est en colère.....	J P S T	71. A une approche étape par étape par rapport au travail.....	J P S T
27. A du mal à répondre les habitudes quotidiennes.....	J P S T	72. Tombe ou trébuche facilement.....	J P S T
28. Ecoute les consignes.....	J P S T	73. N'arrive pas à se motiver.....	J P S T
29. Est habituellement choqué(e) comme méchant(e).....	J P S T	74. Enfreint les règles juste pour voir ce qui va se passer.....	J P S T
30. Se met à effectuer des mouvements de façon répétitive.....	J P S T	75. Dort avec ses parents.....	J P S T
31. Semble tendu(e).....	J P S T	76. Communique de façon claire.....	J P S T
32. Est trop actif(e).....	J P S T	77. Complimente les autres.....	J P S T
33. Prend des messages de façon fidèle.....	J P S T	78. A des maux de tête.....	J P S T
34. Pleure facilement.....	J P S T	79. Réagit négativement.....	J P S T
35. Méfiance de faire mal aux autres.....	J P S T	80. Dit : « J'ai pas d'amis ».....	J P S T
36. Évite de faire de l'exercice ou d'autres activités physiques.....	J P S T	81. Semble déconnecté(e) de la réalité.....	J P S T
37. Se fait des objectifs réalistes.....	J P S T	82. Fait pipi au lit.....	J P S T
38. S'inquiète des choses contre lesquelles on ne peut rien.....	J P S T	83. Ecoute attentivement.....	J P S T
39. Se plaint d'être malade alors que tout va bien.....	J P S T	84. Se montre nerveux(e).....	J P S T
40. Est d'humeur très changeante.....	J P S T	85. A du mal à obtenir l'information dont il/elle a besoin.....	J P S T
41. Jette ou casse des objets lorsqu'il/elle est en colère.....	J P S T	86. Accepte les choses telles qu'elles.....	J P S T
42. Interrompt les autres quand il parle.....	J P S T	87. S'intéresse rapidement aux activités collectives.....	J P S T
43. Trompe les autres.....	J P S T	88. Regarde dans la vidéo.....	J P S T
44. Réagit de façon excessive face aux situations stressantes.....	J P S T	89. Met le feu ou détruit des objets.....	J P S T
45. Dit : « Je me déteste ».....	J P S T	90. Range ou nettoie quand il/elle a fini.....	J P S T

PROFIL DES NOTES T D'ÉCHELLES DE CONTENU ET D'INDICES



PROFIL DES NOTES T CLINIQUES ET D'ADAPTATION



CBCL – CHILD BEHAVIORAL CHECKLIST

YSR – YOUTH SELF REPORT

aseba.org

- ▶ CBCL : 5 à 18 ans + version préscolaire (parents)
- ▶ YSR : 11 à 18 ans (auto évaluation)
- ▶ 8 sphères évaluées : anxiété, introversion, plaintes somatiques, problèmes sociaux, problèmes de pensées, problèmes d'attention, délinquance, agressivité
- ▶ scores limites $\geq 64,5$ et significatifs ≥ 69

Anxieux/déprimé T	67	64,5	69,5
Introversion/déprimé T	64	64,5	69,5
Plaintes somatiques T	52	64,5	69,5
Problèmes sociaux T	63	64,5	69,5
Problèmes de pensées T	70	64,5	69,5
Problèmes d'attention T	79	64,5	69,5
Délinquance T	58	64,5	69,5
Agressivité T	67	64,5	69,5

Voici une liste de descriptions qui concernent les enfants. Pour chaque question qui s'applique à votre enfant **maintenant ou au cours des 6 derniers mois**, entourez le **2** si la phrase est **très vraie** ou **souvent vraie** pour votre enfant. Entourez le **1** si la phrase est **à peu près vraie** ou **parfois vraie** pour votre enfant. Si la phrase n'est **pas vraie** pour votre enfant, entourez le **0**. Répondez à chaque question du mieux que vous pouvez, même si certaines questions paraissent ne pas s'appliquer à votre enfant.

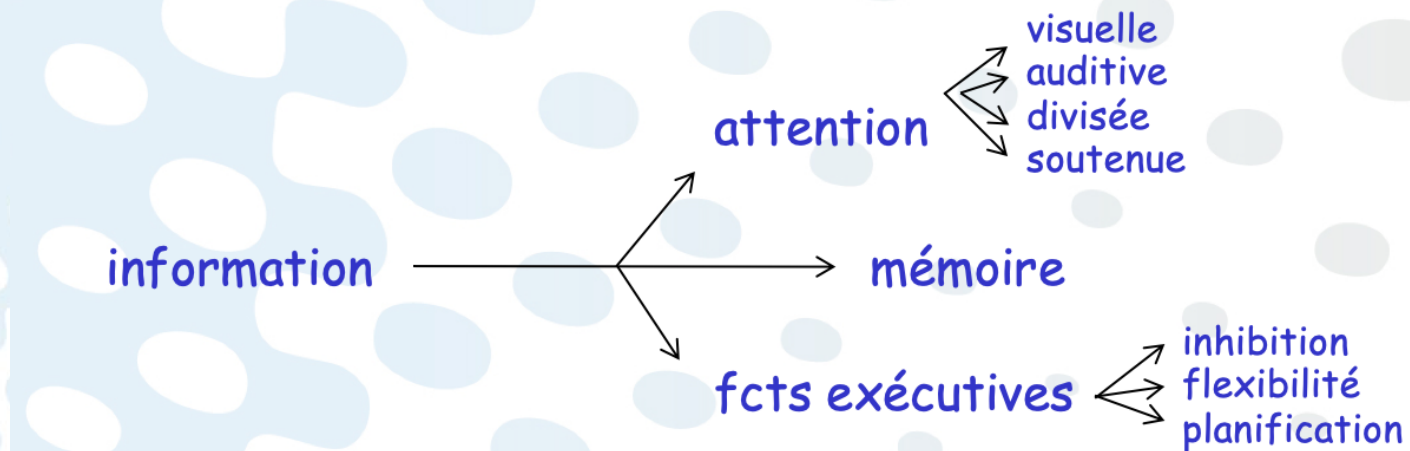
0 = Pas vrai 1 = A peu près vrai ou parfois vrai 2 = Très vrai ou souvent vrai

Répondez à **TOUTES** les questions. Si la question ne s'applique pas à votre enfant indiquez le score minimum.

0 1 2 1.	A des comportements trop jeunes pour son âge	0 1 2 32.	Pense qu'il (elle) devrait être parfaite(e)
0 1 2 2.	Boit de l'alcool sans l'accord de ses parents (décrivez) : _____	0 1 2 33.	Pense ou se plaint que personne ne l'aime
0 1 2 3.	Conteste ou contredit souvent	0 1 2 34.	Pense que les autres lui veulent du mal
0 1 2 4.	Ne termine pas ce qu'il commence	0 1 2 35.	Se trouve bon(ne) à rien ou inférieure(e)
0 1 2 5.	Peu de choses l'amuse	0 1 2 36.	Se fait souvent mal, a tendance à avoir des accidents
0 1 2 6.	Fait caca dans sa culotte	0 1 2 37.	Se bagarre souvent
0 1 2 7.	Se vante, est prétentieux (se)	0 1 2 38.	Se fait souvent taquiner, est l'objet de moqueries
0 1 2 8.	Ne peut pas se concentrer ou maintenir son attention longtemps	0 1 2 39.	A de mauvaises fréquentations
0 1 2 9.	Ne peut pas se débarrasser de certaines pensées, est obsédé(e) par certaines idées (décrivez) : _____	0 1 2 40.	Entend des bruits ou des voix qui n'existent pas (décrivez) : _____
0 1 2 10.	Ne peut pas rester assis(e) tranquille, remue beaucoup, toujours en train de bouger	0 1 2 41.	Est impulsif(ve) ou agit sans réfléchir
0 1 2 11.	S'accroche aux adultes ou est trop dépendant(e)	0 1 2 42.	Aime être seul(e)
0 1 2 12.	Se plaint de se sentir seul(e)	0 1 2 43.	Ment ou triche
0 1 2 13.	Embarrouillé(e), confus(e)	0 1 2 44.	Se ronge les ongles
0 1 2 14.	Pleure souvent	0 1 2 45.	Nerveux (se) ou tendu(e)
0 1 2 15.	Cruelle(s) avec les animaux	0 1 2 46.	A des mouvements nerveux ou des tics (décrivez) : _____
0 1 2 16.	Cruelle(s), dominateur(trice), méchant(e) envers les autres	0 1 2 47.	Fait des cauchemars
0 1 2 17.	Réussit ou semble perdu(e) dans ses pensées	0 1 2 48.	N'est pas aimé(e) par les autres enfants
0 1 2 18.	Se fait mal délibérément ou a fait des tentatives de suicide	0 1 2 49.	Est constipé(e), ne va pas à la selle
0 1 2 19.	Demande beaucoup d'attention	0 1 2 50.	Trop peureux(se) ou anxieux(se)
0 1 2 20.	Détruit ses affaires personnelles	0 1 2 51.	A des vertiges
0 1 2 21.	Détruit des choses appartenant à sa famille ou à d'autres enfants	0 1 2 52.	Se sent facilement coupable
0 1 2 22.	Désobéissant(e) à la maison	0 1 2 53.	Mange trop
0 1 2 23.	Désobéissant(e) à l'école	0 1 2 54.	Surexcité(e) de fatigue
0 1 2 24.	Ne mange pas bien	0 1 2 55.	Est trop gros(se)
0 1 2 25.	Ne s'entend pas bien avec les autres enfants	0 1 2 56.	Problèmes physiques sans cause médicale connue : _____
0 1 2 26.	Ne semble pas se sentir coupable après s'être mal conduit(e)	0 1 2	a. Douleurs diverses
0 1 2 27.	Facilement jaloux(se)	0 1 2	b. Maux de tête
0 1 2 28.	Ne respecte pas les règles à la maison, à l'école ou ailleurs	0 1 2	c. Nausées, envie de vomir
0 1 2 29.	Peur de certains animaux, situations, lieux, autres que l'école (décrivez) : _____	0 1 2	d. Problèmes de vue (sauf s'ils sont corrigés par des lunettes) (décrivez) : _____
0 1 2 30.	Peur d'aller à l'école	0 1 2	e. Problèmes de peau
0 1 2 31.	Peur de penser ou faire quelque chose de mal	0 1 2	f. Mal à l'estomac
		0 1 2	g. Vomissements
		0 1 2	h. Autres (décrivez) : _____
		0 1 2 57.	Frappe ou agresse physiquement les autres
		0 1 2 58.	Se met les doigts dans le nez, s'arrache les cheveux ou se gratte d'autres parties du corps (décrivez) : _____
		0 1 2 59.	Joue avec son sexe en public

https://aseba.org/wp-content/uploads/CBCL_6-18_201-sample-copy-watermark-1.pdf

Les tests psychométriques



Sensibilité et spécificité ...

Les comorbidités

Trouble oppositionnel avec provocation : 35 à 66%

Trouble des conduites (avec agressivité) : 25 à 50%

Troubles anxieux : 30 à 40 % dont TOC et anxiété de séparation

Trouble de l'humeur dont dépression (6%) et trouble bipolaire (?%)

Trouble des apprentissages : 20 à 50 % (dyslexie,..)

Trouble du sommeil

...

1) Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

* La + « désagréable » comorbidité du TDA/H

NB pour rappel, il existe une opposition « normale », transitionnelle vers l'âge de 2 ans (le « non ») et à l'adolescence. But : acquérir de l'autonomie

* Trouble oppositionnel : **puissance 10!**

Opposition aux consignes de l'adulte, argumentation sur tout et sur rien
« joute argumentaire », colère ++ embête les autres, susceptibilité,
boudeur, vindicatif, humeur irritable et/ou agressive, persistant >6 mois

Hautement prédictif de troubles psycho-comportementaux

* Le diagnostic

- ° critères officiels imprécis (Kiddle SADs , CBCL,...)
- ° souvent :
 - notion d'existence très précoce de conduites impulsives/agressives à la moindre frustration. Refus de se conformer aux règles
 - absence de souplesse d'adaptation à une situation non prévue au programme
 - très faible seuil de tolérance à la frustration
- ° souvent fort QI verbal; 40 à 50% de facteurs génétiques

2) Trouble des conduites

* 1 à 10% (50% des TDA/H dans certaines études!)

* Ratio garçon/fille : 3/1 à 5/1

* Présentation clinique :

- Agression vis-à-vis des personnes (intimidation, initiation des batailles, cruauté envers les personnes et les animaux, délinquance sexuelle, etc...)
- Destruction de la propriété (feu, vandalisme)
- Vol
- Mensonges pour éviter les obligations
- Absence de soumission aux règles (fugue, absence des cours etc.)
- Faible estime de soi, instabilité
- Déficits cognitifs, absence d'habiletés à résoudre les problèmes (recours à des solutions non-verbales, « ne sait pas »)
- Déficits émotionnels (alexithymie)
- Absence d'empathie ou de culpabilité
- Méfiance, sentiment de persécution vis-à-vis d'autrui

* Les origines ou du moins le cadre habituel

- Caractéristiques familiales : trouble de l'attachement, mère jeune, père absent, alcoolique, violence conjugale, usage de drogues
- Absence de supervision parentale
- Absence de limites appropriées (discipline extrême, inconsistante ou imprévisible)
- Rejet, abandon, placement ou absence en très bas âge
- Absence d'utilisation du langage pour régler les conflits
- ..

* le diagnostic

- Tempérament de base difficile ; premiers signes se repèrent tôt
- QI verbal bas
- Souvent troubles neurologiques associés
- Progression : agression...impulsivité....résistance à la discipline....comportements délinquants + organisés.
- Peut apparaître dès la maternelle : manque d'empathie envers les autres, bas niveau d'anxiété (peur de rien), utilise les autres, les abuse
- Recherche +++ de la nouveauté, d'expérience

3) Trouble anxieux

Tocs : obsession et compulsion

- **Obsessions idéatives** : idée lancinante
« oublier mon cartable »
- **Obsessions phobiques** : crainte angoissante
« attraper une maladie en touchant quelque chose »
- **Obsession impulsive** : peur de commettre un acte absurde
« laisser tomber ma petite sœur »
- **Compulsions** : comportements répétitifs, intentionnels, stéréotypés, se déroulant selon certaines règles « lavage, gestes, vérification » => but conjuratoire, destiner à diminuer l'angoisse obsessionnelle

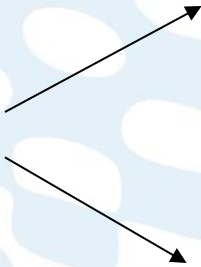
Les conséquences

- * retentissement sur les apprentissages du fait des TOCs
- * évitement scolaire
- * hésitations +++ (lenteur)
- * cahiers raturés ou trop propres
- * diagnostic souvent tardif car l'enfant ne révèle pas la symptomatologie (peur d'être pris pour un fou)

4) Trouble de l'humeur

Dépression de l'enfant

Bipolarité



Bipolaire

Début brutal

Âge variable (ado ++)

Dysphorie +++

Evolution épisodique

Symptômes psychotiques

ATCD familiaux
dysthymiques

TDH/A

Début insidieux

Précoce

Dysphorie +

Chronique

0

+/-

Concernant la bipolarité

- * Importance du diagnostic précoce (retard 8 ans en moyenne);
taux de suicide 15%
- * Difficile à identifier en pédiatrie (symptômes changeants):
 - hétérogénéité clinique : irritabilité, réaction exagérée, idées de grandeur, prise de risque ++, besoin de sommeil réduit, bavardage, fuite des idées, distrait etc...
 - ados : cycles ultrarapides ++ (brefs épisodes hypomane de qqes heures à qqes jours)
 - dépression : symptômes différents selon l'âge (trouble de l'humeur, somatiques, du comportement)

5) Les troubles des apprentissages

1) Les « DYS »

la dyspraxie (https://m.youtube.com/watch?v=93_XvFNzW40)
la dysphasie
la dyslexie
la dyscalculie

2) Les HP ?

possiblement soit laminaire (va bien) soit intuitif (va mal)

- * laminaire: peu créatif, terre à terre, peu altruiste
- * intuitif: verbal +++, empathie +++
- * ne considère pas qu'il existe barrière entre adulte et enfance
- * fonctionne par mimétisme (parfois pense que retard car ami avec..)

Plan de la présentation

- * Introduction générale (diagnostic , comorbidités,..)
- * Article du Lancet (Posner et al; Vol 395 February 8,2020)
- * Conseil Supérieur de la Santé (avis 9547 ; mars 2021)
- * L'aspect médicamenteux

2) Article du Lancet

Attention-deficit hyperactivity disorder

Jonathan Posner, Guilherme V Polanczyk, Edmund Sonuga-Barke

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), like other psychiatric disorders, represents an evolving construct that has been refined and developed over the past several decades in response to research into its clinical nature and structure. The clinical presentation and course of the disorder have been extensively characterised. Efficacious medication-based treatments are available and widely used, often alongside complementary psychosocial approaches. However, their effectiveness has been questioned because they might not address the broader clinical needs of many individuals with ADHD, especially over the longer term. Non-pharmacological approaches to treatment have proven less effective than previously thought, whereas scientific and clinical studies are starting to fundamentally challenge current conceptions of the causes of ADHD in ways that might have the potential to alter clinical approaches in the future. In view of this, we first provide an account of the diagnosis, epidemiology, and treatment of ADHD from the perspective of both the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and the eleventh edition of the International Classification of Diseases. Second, we review the progress in our understanding of the causes and pathophysiology of ADHD on the basis of science over the past decade or so. Finally, using these discoveries, we explore some of the key challenges to both the current models and the treatment of ADHD, and the ways in which these findings can promote new perspectives.

Posner et al; Vol 395 February 8,2020

Introduction

Le TDAH est fréquemment associé à autres troubles psychiatriques

Le TDA/H génère un « fardeau » pour l'individu et sa famille/communauté

Les R/ mdcteux ont prouvé leur efficacité à court terme mais l'efficacité à long terme sur l'aspect éducationnel , professionnel et sur les résultats sociaux reste incertaine (plusieurs paramètres rentrent en ligne de compte dont par ex compliance à l'adolescence, csq du regard des autres, ...)

Paragraphe 1: aspects cliniques

Epidémiologie

- Entre 3 et 5 % des enfants d'âge scolaire (1 par classe)
- Fréquence plus élevée chez le garçon (1/4) que chez la fille (1/9)
- Symptomatologie du TDA/H persiste chez 15% des adultes (tous les critères) mais 40 à 60% des patients adultes restent partiellement atteints
- 4 trajectoires développementales avec R/ et pronostic de ce fait différents
 - * début précoce (3 à 5 ans)
 - * enfance (6-14 ans)
 - * Adolescence
 - * Adulte

Traitement

- * du fait que le TDA/H impacte plusieurs domaines touchant à la qualité de vie, idéalement les R/ devraient inclure de la psychoéducation, un support académique + aménagements scolaires, des interventions sur le management de symptômes, l'entraînement des habilités parentales, l'identification des comorbidités et leur prise en charge
- * nécessité de prendre en compte la « maturité » du patient (ex habilités parentales ++ chez 6-12 ans éducation au patient à l'adolescence vu risque d'abus ou d'AVP,...)
- * US , Canada, Amérique Latine, Europe recommande les R/ mdcteux même si tous en général proposent une première étape par psychoéducation en cas de forme modérée (sauf US où directement mdct)

Médications

- * 1^{ère} utilisation : 1930 !
- * Methylphenidate bloque les transporteurs présynaptiques dopa et NA, ce qui majore la transmission des catécholamines
- * Amphetamine: idem + augmente le flux présynaptique de dopa
- * Principaux E2: manque d'appétit, insomnie, sécheresse de bouche, nausée ; répercussion sur la taille (1 à 3 cm sauf si drug holidays) et majoration BMI ?
- * Plusieurs études où pas de relation entre événements cardiovasculaires et stimulants

	Dose range (mg)	Delivery
Stimulants		
Methylphenidate (short; duration of 4 h)		
Methylphenidate, immediate release	10-60	Tablet
Methylphenidate, oral solution	10-60	Liquid
Dexmethylphenidate, immediate release	2.5-20	Tablet
Methylphenidate (intermediate; duration of 6-8 h)		
Methylphenidate hydrochloride, sustained release	10-60	Tablet
Methylphenidate, long-acting	10-60	Capsule; contents can be sprinkled onto soft food
Methylphenidate (long; duration of 8-12 h)		
Dexmethylphenidate, extended release	5-30	Capsule; contents can be sprinkled onto soft food
Methylphenidate, oral solution, extended release	20-60	Liquid or chewable tablet
Methylphenidate, osmotic release	18-54 for children; 18-72 for adults	Tablet; osmotic-release oral system
Methylphenidate, transdermal	10-30	Patch
Methylphenidate hydrochloride, extended release	10-60	Capsule; contents can be sprinkled onto soft food
Amphetamine (short; duration of action 4-6 h)		
Dextroamphetamine	5-40	Tablet and liquid
Dextroamphetamine-amphetamine	5-30	Tablet
Amphetamine (long; duration of action 8-12 h)		
Dextroamphetamine-amphetamine, extended release	5-30	Capsule; contents can be sprinkled onto soft food
Dextroamphetamine, sustained release	5-40	Capsule
Lisdexamfetamine	10-70	Capsule; contents can be dissolved in liquid
Non-stimulants (duration of action 24 h)		
Atomoxetine	0.5-1.4 mg/kg; maximum 100 mg	Capsule
Guanfacine, extended release	1-4	Tablet
Clonidine, extended release	0.1-0.4	Tablet

Table: Medications for attention-deficit hyperactivity disorder

Concernant l'addiction:

- * Du fait du côté potentiellement euphorisant des stimulants, suspicion de risque de dépendance. Aucune recherche longitudinale ne le montre, que du contraire avec potentiellement moins de risque d'abus (population TDAH et non population sans TDAH utilisant le produit à des fins récréatives)



 UCLouvain

Faculté de Médecine

Département de Pharmacie

Rilatine® et addiction chez les enfants

Abolition des idées préconçues en Belgique

Auteur : Lina Gregori
Promoteur : MD Mikhaël Mathot
Année académique 2021-2022
Master en Sciences Pharmaceutiques en finalité spécialisée

Paragraphe 2: physiopatho

Étiologies

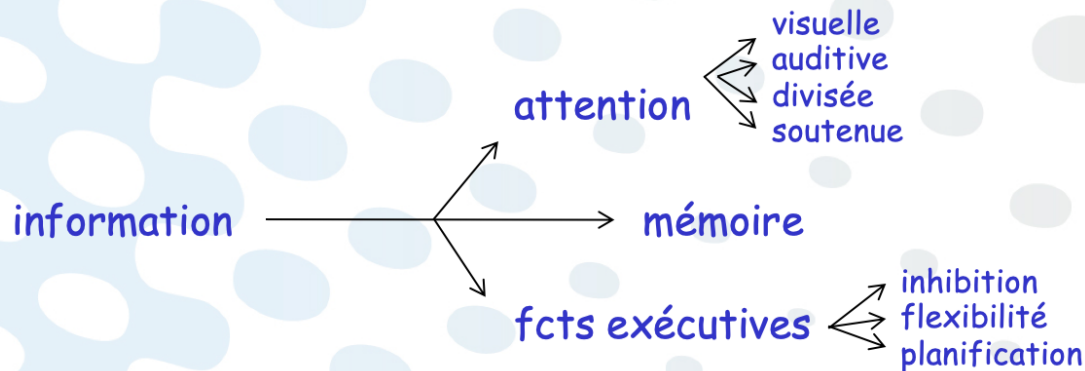
Hérédité : 70 à 80 % (études génomiques avec FR dans 22%,...) ; gap expliqué par épigénétique?

Environnement? Pesticides ? Carences affectives (ex orphelinat en Roumanie 1980s)

Facteurs prouvés:

- * RCIU, prématurité
- * interactions avec génétique: tabac et/ou stress durant grossesse, diabète gestationnel
- * supposé : alcool et drogue durant grossesse

Physiopathologie et présentation clinique



Pas tous le même TDA/H !

- * certains ont faible mémoire de travail, d'autres trouble dysexécutif
- * d'autres domaines cognitifs peuvent être touchés dont
 - la régulation émotionnelle (réponse à un changement)
 - le niveau « d'éveil »
 - le niveau de « motivation » surtout sur tâches monotones ou très rapides
 - La façon de réagir à du renforcement positif comme négatif

Plan de la présentation

- * Introduction générale (diagnostic , comorbidités,..)
- * Article du Lancet (Posner et al; Vol 395 February 8,2020)
- * Conseil Supérieur de la Santé (avis 9547 ; mars 2021)
- * L'aspect médicamenteux

3) Conseil Supérieur de la Santé (avis 9547 ; mars 2021)

Préambule



**Conseil
Supérieur de la Santé**

PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8846

Good clinical practice en matière de reconnaissance, de diagnostic et de traitement du TDAH

In this science-policy advisory report, the Superior Health Council provides good clinical practice for the diagnosis and treatment of ADHD for children, young people and adults

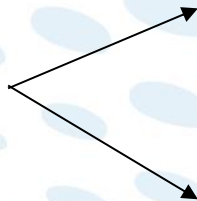
5 juni 2013

5 grandes questions posées :

- * Les diagnostics nécessitant la prise de Methylphénidate
- * Les outils existants d'aide pour faire ces diagnostics
- * Le « State of the art » en matière de traitement par Méthylphénidate
- * Les différences entre forme « IR » et « SR »
- * Les effets d'une utilisation inadaptée de Méthylphénidate

Pour y répondre :

Un groupe de travail constitué de pédopsychiatres, psychiatres, psychologues, neuropédiatres, neurologues, pharmacologues



1. NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 72: 2008.
2. Trimbos Instituut Nederland. Multidisciplinaire Richtlijn ADHD; 2005.
3. Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW, et al. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20(1):17-37.
4. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010;10:67.

Quelques grandes conclusions :

- * Le diagnostic doit être posé par spécialiste ayant bénéficié d'une formation en la matière, c'est une mission et une tâche de soins spécialisés de deuxième ligne
- * Le diagnostic doit être basé sur une évaluation multidisciplinaire comprenant :
 - ° atcds psychiatriques et développementaux
 - ° évaluation clinique et psychosociale (comportement, gêne, en fonction domaine et environnement)
 - ° rapport d'observation du statut psychique
 - ° inventaire et mise au point des besoins, des problèmes associés, des facteurs contextuels, de la santé physique

=> ne peut être basé sur un questionnaire seul ou une observation comportementale
- * Nécessité de tenir compte de la vision de l'intéressé



**Conseil
Supérieur de la Santé**

AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9547

Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse du TDA/H

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides guidelines for pharmacological and non-pharmacological interventions for ADHD for children, young people and adults.

Version validée par le Collège de
3 mars 2021

RESUME

Dans cet avis, le CSS fait des recommandations concernant les prises en charge pharmacologiques et non pharmacologiques pour le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), chez les enfants et les adultes. Cet avis fait suite à une demande du SPF Santé Publique, et complète et actualise les deux avis précédents du CSS à ce sujet (l'avis 8570 « Sécurité et effets secondaires des stimulants » en 2011 et l'avis 8846 « Good clinical practice en matière de reconnaissance, de diagnostic et de traitement du TDAH » en 2013).

Take Home Message pour les prises en charge

1.5 Prise en charge enfants de 6 à 12 ans

Sur base des deux directives, le CSS recommande, si la psychoéducation et les conseils aux parents n'ont pas suffisamment d'effet :

- S'il n'y a pas de problèmes de comportement en plus du TDA/H :
 - TDA/H léger : **programme d'entraînement aux habiletés parentales**
 - TDA/H modéré ou sévère (ou dès que les symptômes ont encore un impact significatif sur le fonctionnement de l'enfant dans au moins un domaine de la vie, selon la directive NICE NG87) : **traitement médicamenteux**.

- S'il existe des problèmes de comportement en plus du TDA/H :
 - TDA/H léger ou modéré : mettre en place un programme **d'entraînement aux habiletés parentales** (et/ou formation des enseignants) visant à réduire les problèmes de comportement.
La directive Zorgstandaard ADHD conseille, outre le programme d'entraînement aux habiletés parentales, d'aussi proposer une éventuelle **formation** aux **enseignants** lorsque les problèmes surviennent (également) à l'école.
Dans les cas modérés, on peut attendre l'effet de la guidance avant de commencer la médication.
 - TDA/H sévère : il est préférable d'instaurer parallèlement un traitement médicamenteux.

1.6 Prise en charge jeunes (13-18 ans)

Il est toujours préférable de commencer par une **psycho-éducation** et des conseils au jeune, aux parents ainsi qu'à l'école, comme pour les autres catégories d'âge.

Sur base des deux directives, le CSS recommande d'envisager un traitement plus intensif en cas d'effet insuffisant de ces mesures :

- TDA/H léger : **une thérapie cognitivo-comportementale** pour le jeune, adaptée en fonction d'où les problèmes se situent principalement. Il est recommandé d'impliquer les parents et/ou les enseignants.
- TDA/H modéré ou sévère : un **traitement médicamenteux ou cognitivo-comportemental** (avec implication des parents et enseignants); en fonction des préférences du jeune (en consultation avec les parents et le praticien).

Définition des techniques de prises en charge

Psycho-éducation

La psycho-éducation constitue un élément essentiel du traitement du TDA/H dans les deux directives, immédiatement après le diagnostic et avant l'établissement du plan de traitement. Il s'agit d'un processus continu tout au long du traitement, auquel on fait souvent recours.

L'objectif de la psycho-éducation est :

- d'améliorer la connaissance et la compréhension des symptômes du TDA/H,
- de réduire la stigmatisation,
- de faciliter l'acceptation des symptômes et du traitement,
- d'améliorer l'observance thérapeutique,
- de souligner l'importance des adaptations de l'environnement pour réduire l'impact des symptômes du TDA/H.

La psycho-éducation fournit des informations sur le développement et l'évolution des symptômes du TDA/H, l'impact des symptômes sur le fonctionnement, le rôle de l'environnement et les options de traitement.

La psycho-éducation peut s'avérer appropriée pour les parents, les enseignants, les enfants et les adolescents, mais aussi pour le réseau plus large (par exemple les grands-parents). Il est important de toujours prendre en compte l'âge (de développement), les possibilités cognitives, la maturité émotionnelle, la sévérité des symptômes mais aussi les compétences. Une combinaison d'informations orales, écrites et de santé en ligne peut accroître l'efficacité.

Programme d'entraînement aux habiletés parentales

Les deux directives soulignent l'importance du programme d'entraînement aux habiletés parentales dans le traitement des enfants avec TDA/H, du moins lorsqu'il y a des problèmes de comportement. Bien que les améliorations mesurées objectivement portent sur les problèmes de comportement et les compétences parentales plutôt que sur les symptômes du TDA/H, les parents semblent évaluer ces guidances de manière positive et voir des améliorations sur la problématique TDA/H, même s'il n'y a pas de problèmes de comportement.

L'objectif d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales est de soutenir les parents dans une approche comportementale positive et d'améliorer la relation parents-enfants, en s'axant sur les problèmes fondamentaux de l'enfant et de son environnement.

Ces programmes sont basés sur ceux développés initialement pour réduire les problèmes comportementaux et appliquent les principes thérapeutiques comportementaux et la théorie de l'apprentissage social.

Il peut s'agir de réduire les problèmes liés au TDA/H ou les problèmes de comportement courants. Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales visent à renforcer les compétences parentales et à améliorer l'interaction entre le parent et l'enfant, influençant ainsi le comportement de l'enfant.

Thérapie cognitivo-comportementale

Les deux directives recommandent une thérapie cognitivo-comportementale chez les adolescents avec TDA/H, en particulier lorsque, malgré les médicaments, l'impact des symptômes sur le fonctionnement persiste dans au moins un domaine de la vie (ou en cas de TDA/H léger dans la directive Zorgstandaard ADHD).

Ce traitement se concentre sur les problèmes que le jeune rencontre dans la vie quotidienne : il peut s'agir de compétences en matière de planification et d'organisation (souvent un problème majeur à l'adolescence), mais aussi du renforcement des compétences sociales et de résolution de problèmes, de la maîtrise de soi, de la gestion du temps, des compétences d'écoute active, de la gestion et de l'expression des sentiments ainsi que de l'accroissement de la motivation. L'accent est mis sur la négociation, la communication efficace, la résolution commune des problèmes et la coordination des règles et des accords.

L'entourage est toujours plus ou moins impliqué, en fonction de la dynamique familiale et scolaire.

Plan de la présentation

- * Introduction générale (diagnostic , comorbidités,..)
- * Article du Lancet (Posner et al; Vol 395 February 8,2020)
- * Conseil Supérieur de la Santé (avis 9547 ; mars 2021)
- * L'aspect médicamenteux

4) L'aspect médicamenteux

- Methylphenidate (Rilatine, Equasym, Concerta , Medikinet,..)
- Dexamphetamine et Lisdexamphetamine (Elvanse)
- Atomoxetine
- Guanfacine (Intuniv)

Que dit le Conseil Supérieur de la Santé...:

2 Recommandations spécifiques concernant les interventions médicamenteuses

2.1 Enfants et adolescents (6-18 ans)

*Premier choix : le **méthylphénidate***

Le méthylphénidate est le 1^{er} choix d'intervention médicamenteuse chez les enfants et les adolescents avec TDA/H.

L'utilisation d'un produit à libération prolongée est recommandée par la directive Zorgstandaard ADHD, car il ne doit être pris (souvent) qu'une fois par jour. Cela peut augmenter l'observance thérapeutique et donc l'efficacité du traitement ainsi que réduire le risque d'abus ou de trafic de substances.

La directive NICE NG87 précise que si, après un essai de 6 semaines à une dose adéquate, l'amélioration des symptômes du TDA/H et des problèmes de fonctionnement associés s'avère insuffisante, le méthylphénidate peut alors être remplacé par le traitement de deuxième choix.

La dose adéquate est obtenue en l'augmentant lentement jusqu'à ce que les symptômes soient sous contrôle et que le fonctionnement soit optimisé. Il arrive que les effets secondaires du médicament ne permettent pas d'atteindre cette dose adéquate.

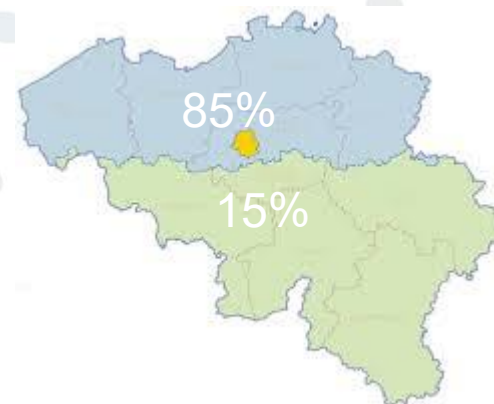
*Deuxième choix : la **lisdexamphétamine** ou la **dex(tro)amphétamine** magistrale*

1) Methylphenidate

Utilisation en Belgique

Table 1 : Vente de méthylphénidate en Belgique

Année	Nombre total de conditionnements	Nombre de conditionnements remboursés	Volume en DDD	Volume en DDD remboursés
2000	117.191	0	781.312	0
2001	358.205	0	2.388.153	0
2002	453.240	0	3.021.751	0
2003	506.760	0	3.628.491	0
2004	527.836	37.923	4.477.501	252.831
2005	607.726	256.365	5.338.876	1.727.617
2006	620.671	313.547	6.258.509	2.676.261
2007	704.077	365.624	7.432.145	3.490.582
2008	749.358	418.524	8.202.101	4.238.689
2009	785.996	434.791	8.793.510	4.548.648
2010	871.670	482.227	9.892.530	5.071.637
2011	894.692	495.269	10.283.656	5.203.650



Augmentation en partie liée à une meilleure connaissance du TDAH

Aucune donnée disponible sur les diagnostics posés et les indications de traitement

Les différents noms commerciaux

Rilatine:

Forme courte à 10 mg (R)

Forme prolongée +/- 8h (MR) à 10, 20, 30, 40 mg (R)

Medikinet:

Forme courte à 5, 10, 20 mg

Forme prolongée +/- 8h (Retard) à 5, 10, 20, 30, 40 mg

Equasym (30/70):

Forme prolongée +/- 8h (XR) à 10, 20, 30 mg (R)

Concerta:

Forme prolongée +/- 12h à 18, 27, 36, 54 mg

Methylfenidaat Sandoz:

Forme prolongée +/- 12h à 18, 36, 54 mg

DEMANDE DE REMBOURSEMENT AU MÉDECIN-CONSEIL

Rapport circonstancié

Le soussigné, Docteur en Médecine*,

Neurologue

Neuropédiatre

Psychiatre

Pédopsychiatre

soigne le patient auprès du Médecin-conseil sur base d'un rapport circonstancié.

Remboursement (au maximum 6 mois) de la

RILATINE 10 mg ou RILATINE Modified Release

Prolongation de remboursement (au maximum 12 mois) de la

RILATINE 10 mg ou RILATINE Modified Release

N° de l'attestation précédente:.....

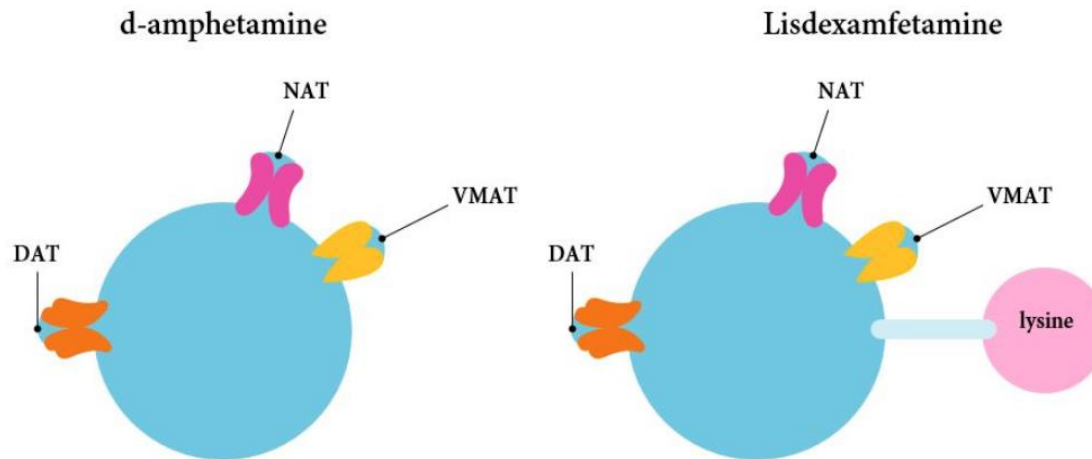
La RILATINE 10 mg ou la RILATINE Modified Release a été prescrite dans le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) au patient:

Compléter ou annexer la vignette de la mutuelle

2) Dexamphetamine et Lisdexamphetamine (Elvanse)

Posologie Dexamphetamine:

- * Même si pas tout à fait équivalent, 5mg de DexA = 10 mg de Rilatine
- * titration par 2,5 mg/4h



- d-amphetamine inhibits Dopamine transporter (DAT) increasing availability of dopamine in the synaptic cleft
- Lisdexamfetamine is a prodrug of d-amphetamine
- It becomes active when the amino acid lysine is cleaved off in the stomach
- Lisdexamfetamine is thus slowly absorbed

Stahl, S. M., (2013). *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge university press.

30 mg d'Elvanse correspondent à 8,9 mg de dextroamphétamine

Lisdexamphetamine

The prodrug nature of Lisdexamfetamine, its rapid uptake from the gut, and its rate-limiting hydrolysis in the blood to produce active d-amphetamine have several important clinical implications. [Sharman and Pennick, 2014]

Neuropsychiatric Disease and Treatment

Dovepress

open access to scientific and medical research

 Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Lisdexamfetamine prodrug activation by peptidase-mediated hydrolysis in the cytosol of red blood cells

This article was published in the following Dove Press journal:
Neuropsychiatric Disease and Treatment
28 November 2014
[Number of times this article has been viewed](#)

Johannah Sharman
Michael Pennick
Shire, Basingstoke, UK

Abstract: Lisdexamfetamine dimesylate (LDX) is approved as a once-daily treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults in some countries. LDX is a prodrug comprising d-amphetamine covalently linked to l-lysine via a peptide bond. Following oral administration, LDX is rapidly taken up from the small intestine by active carrier-mediated transport, probably via peptide transporter 1. Enzymatic hydrolysis of the peptide bond to release d-amphetamine has previously been shown to occur in human red blood cells but not in several other tissues. Here, we report that LDX hydrolytic activity resides in human red blood cell lysate and cytosolic extract but not in the membrane fraction. Among several inhibitors tested, a protease inhibitor cocktail, bestatin, and ethylenediaminetetra-acetic acid each potentially inhibited d-amphetamine production from LDX in cytosolic extract. These results suggest that an aminopeptidase is responsible for hydrolytic cleavage of the LDX peptide bond, although purified recombinant aminopeptidase B was not able to release d-amphetamine from LDX in vitro. The demonstration that aminopeptidase-like activity in red blood cell cytosol is responsible for the hydrolysis of LDX extends our understanding of the smooth and consistent systemic delivery of d-amphetamine by LDX and the long daily duration of efficacy of the drug in relieving the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder.

Keywords: lisdexamfetamine, LDX, prodrug, peptidase, hydrolysis, attention-deficit/hyperactivity disorder

Dose et titration de Lisdexamphétamine

30 mg de Lisdexamphétamine = +/- 8,85 de Dexamphétamine

lisdexamfétamine, dimésylate

gél.

 30 x 20 mg	R _x	81,13 € 
 30 x 30 mg	R _x	87,28 € 
 30 x 50 mg	R _x	95,53 € 
 30 x 70 mg	R _x	105,49 € 

(assimilé aux stupéfiants)

3) Atomoxetine

Mécanisme d'action: noradrénaline

Indication: impulsivité +/- associée à opposition

Effets secondaires: anxiété/idées noires (suicide?), allongement QT, sédation,.

Posologie: 0,5 mg/kg/j pdt 1 semaine puis 0,8-1,8 mg/kg/j

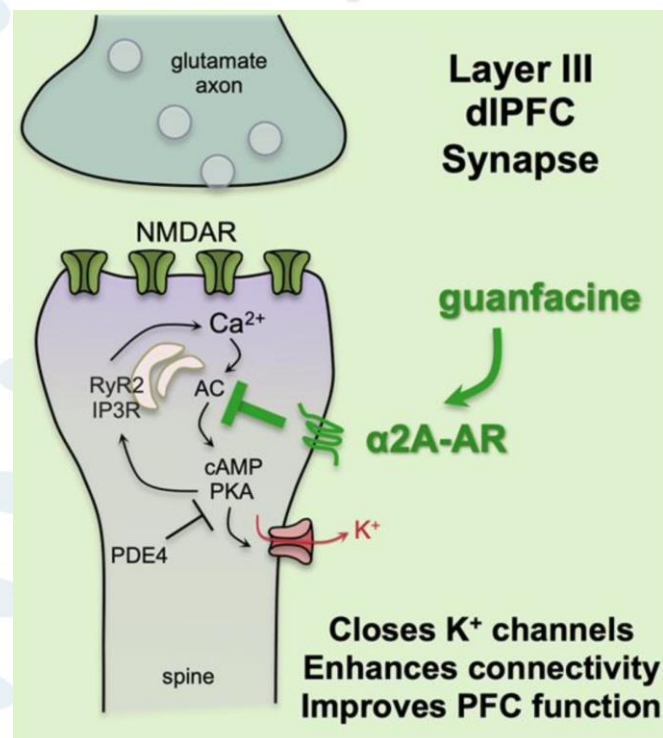
Coût:

R Atomoxetine Arega (Arega)			
atomoxétine (chlorhydrate)			
gél.			
	7 x 10 mg	Rx	30,97 € 
	28 x 25 mg 	Rx	93,30 € 
	28 x 40 mg 	Rx	93,30 € 
	28 x 60 mg	Rx	93,30 € 
	28 x 80 mg	Rx	120,90 € 
	28 x 100 mg	Rx	120,90 € 
(importation parallèle)			

4) Guanfacine (INTUNIV®)

Sommaire : La guanfacine (Intuniv XR®) appartient au groupe de médicaments appelés « alpha2- adénergiques » et est couramment utilisé pour traiter le trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité (TDA / H), bien qu'il puisse être utile pour d'autres conditions telles que l'anxiété, les tics et l'agression .

R Intuniv (Takeda) ▼ ▴ ⚡				
guanfacine (chlorhydrate)				
compr. lib. prol.				
€ 28 x 1 mg	R _x	81,13 €	100%	
€ 28 x 2 mg	R _x	84,10 €	100%	
€ 28 x 3 mg	R _x	87,07 €	100%	
€ 28 x 4 mg	R _x	101,61 €	100%	



Dose et titration

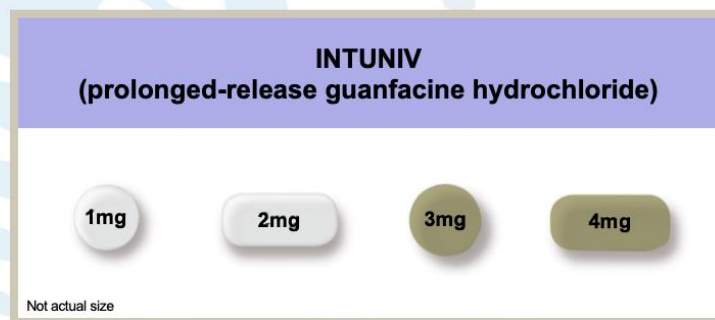
The recommended starting dose of INTUNIV for all patients is 1 mg taken once-daily

Careful dose titration is necessary at the start of treatment with INTUNIV and should be individualised according to the patient's response and tolerability. The recommended maintenance dose range is 0.05-0.12 mg/kg/day; with a maximum dose of 4 mg (children)/4-7 mg (adolescents)

The dose may be adjusted in increments of not more than 1 mg per week

During dose titration, weekly monitoring for signs and symptoms of somnolence and sedation, hypotension and bradycardia should be performed

It is recommended that blood pressure and pulse be monitored in all patients during dose downward titration (decrements of no more than 1 mg every 3-7 days) and following discontinuation.



« Pour terminer , un peu de littérature récente »»

Pharmacology & Therapeutics 230 (2022) 107940



Contents lists available at ScienceDirect

Pharmacology & Therapeutics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pharmthera



Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents



Konstantin Mechler *, Tobias Banaschewski, Sarah Hohmann, Alexander Häge

Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim, University of Heidelberg, Mannheim, Germany

- * Les symptômes de TDAH sont fréquemment associés à d'autres soucis dont trouble du sommeil, dépression, comportement oppositionnel,...
- * Importance d'un diagnostic précoce et d'un R/ adapté au vu du risque d'échec scolaire, de chômage, d'accidents de la route,...
- * Les formes longue durée ont souvent une meilleure observance et moins d'effet rebond (aux USA, forme à chiquer, transdermique, sirop,...)
- * Le risque suicidaire reste controversé avec les stimulants
- * Bcp d'études suggèrent que des enfants ayant pris des stimulants plus de 10 ans n'ont pas de diminution plus marquée des symptômes que ceux qui ont arrêté plus tôt
- * Nouvelles molécules à l'étude: viloxazine, tiperpidine hibenazate, mazindol,...

Le rôle de la pollution ?

Cureus
Part of **SPRINGER NATURE**

Open Access Review Article

Association Between Ambient Air Pollution and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis

Review began 09/30/2024
Review ended 10/07/2024
Published 10/15/2024

© Copyright 2024

Ahmad et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0., which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Shamshad Ahmad ¹, Naveen K G ¹, Arun Mani Babu ¹, Rajeev Ranjan ², Pragya Kumar ¹

¹. Community and Family Medicine, All India Institute of Medical Sciences, Patna, Patna, IND ². Psychiatry, All India Institute of Medical Sciences, Patna, Patna, IND

Corresponding author: Naveen K G, naveenpkg2013@gmail.com

Etude du NO₂ des particules en suspension PM_{2,5} et PM₁₀; , surtout décrit avec PM_{2,5}

Impacte le neurodéveloppement par mécanismes neuro-inflammatoires , stress oxydatif, et toxicité directe

Ces particules peuvent atteindre le cerveau via le bulbe olfactif ou la barrière hémato-encéphalique . Elles activent la microglie (cytokines inflammatoires,..)

Phytotherapy for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review and Meta-analysis

*Tusheema Dutta^{1†‡}, Uttpal Anand^{2‡}, Shreya Sikdar Mitra¹, Mimosa Ghorai¹,
Niraj Kumar Jha³, Nusratbanu K. Shaikh⁴, Mahipal S Shekhawat⁵, Devendra Kumar Pandey⁶,
Jarosław Proćków^{7*} and Abhijit Dey^{1*}*

Seven RCTs involving children and adolescents diagnosed with ADHD met the inclusion criteria.

There is a fair indication of the efficacy and safety of *Melissa officinalis* L., *Bacopa monnieri* (L.) Wettst., *Matricaria chamomilla* L., and *Valeriana officinalis* L. from the studies evaluated in this systematic review for the treatment of various symptoms of ADHD. Limited evidence was found for *Ginkgo biloba* L. and pine bark extract. However, various other preparations from other plants did not show significant efficacy.

There is inadequate proof to strongly support and recommend the administration of herbal medicines for ADHD, but more research is needed in the relevant field to popularize the alternative treatment approach.



centre Antidys et TDA/H la Plante

Rejoignez nous en 2025 ?

Vous êtes médecin ou thérapeute dans le domaine de l'enfance ... ce
nouveau centre à La Plante est fait pour vous !

Dr M Mathot, neuropsychiatre

Merci pour votre attention