

# Que peut-on dégager de la déclaration de consensus internationale sur le TDAH en 2021 ?

## Dernières recommandations sur le TDA/H ?

Plusieurs recommandations internationales sur le TDA/H se sont succédées après la révision des recommandations canadiennes<sup>[1]</sup>, anglaises (NICE)<sup>[2]</sup> et allemandes de 2018<sup>[3]</sup>. Très récemment, la fédération mondiale sur le TDA/H a apporté une synthèse exhaustive<sup>[4]</sup>, apportant des données probantes qui permettent de s'affranchir des représentations personnelles et appuient les pratiques sur des connaissances du TDA/H. Ce travail a permis de rassembler des experts venus des cinq continents, avec la participation de 79 auteurs qui ont ainsi recensé toutes les études rassemblant plus de 2 000 patients, ainsi que les méta-analyses de grande ampleur.

## Quelle est la prévalence du TDA/H ?

Toutes les études convergent vers des chiffres de prévalence de l'ordre de 5 %, quels que soient les pays ; par contre, la qualité du repérage, l'âge du diagnostic et l'accès au traitement pharmacologique est très variable selon les pays. Samuele Cortese a recueilli les données concernant l'utilisation du méthylphénidate. Dans la plupart des pays occidentaux, 2 à 2,2 % des enfants sont traités. La France fait exception avec seulement 0,3 % d'enfants traités<sup>[5]</sup>.

## Qui peut poser le diagnostic de TDA/H en France et à l'étranger ?

En France, le TDA/H n'a une vraie place dans le second cycle des études médicales, que depuis 2014. Un chapitre lui est consacré dans la dernière révision du référentiel publié en 2021 et réalisé en collaboration par l'AESP (Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique) et le CNUP (Collège national des universitaires de psychiatrie) [téléchargeable : <https://cnup.unistra.fr/uploads/media/ECN-PSY-2021.pdf>].

Il s'agit donc d'une entité pathologique récente pour laquelle beaucoup de praticiens n'ont pas été encore formés.

Le diagnostic du TDA/H est clinique, fondé sur des éléments comportementaux, et les cliniciens, pédiatres et généralistes qui ont suivi des formations, peuvent suspecter voire poser un diagnostic valide de TDA/H. Le recours à des structures plus spécialisées peut être nécessaire notamment dans les troubles sévères, ou chez des enfants ou des adolescents qui ne répondent pas au traitement de première ligne quand le diagnostic est incertain et en cas de comorbidités : troubles des

apprentissages, suspicion de TSA ou de pathologies neurologiques ou syndromiques. Il est indispensable qu'une organisation au niveau national soit renforcée afin de permettre au médecin de première ligne de pouvoir s'appuyer sur des équipes de second voire de troisième recours.

## Et est-ce bien le cas sur le terrain ?

Cela commence à être opérationnel, et de plus en plus de médecins évoquent dans leur courrier le diagnostic quand ils adressent à une équipe plus spécialisée, face à des troubles de comportement. L'organisation des réseaux régionaux peut ainsi compléter celle des CMP en termes de réponse de deuxième niveau.

## Quelles sont les origines du TDA/H ?

Les données actuelles confirment que le trouble peut résulter des effets combinés de différents facteurs : des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux (toxiques comme le plomb, le tabac, l'alcool, les pesticides, certains médicaments). Le consensus va également sur une remise en cause d'une origine liée à des carences éducatives ou à un environnement familial défavorable. Les situations complexes existent, bien entendu, mais refuser le diagnostic et les apports thérapeutiques dans le TDA/H pour des enfants vivant dans des milieux défavorisés ou confiés à des structures de protection de l'enfance reviendrait à ne pas leur accorder tous les soins qui leur sont indispensables. Les études confirment bien, en revanche, les facteurs de risque déjà largement identifiés, notamment la prématurité et le retard de croissance intra-utérin.

## Quels sont les troubles associés au TDA/H ?

Les données probantes actuellement disponibles confirment d'une part que de nombreuses pathologies partagent des terrains communs voire sont associées au TDA/H : l'obésité, l'asthme et les allergies, les diabètes de type 1 et 2, les maladies auto-immunes, l'épilepsie, l'énurésie et les troubles du sommeil. La nature exacte de l'association n'est pas forcément toujours bien connue mais la connaissance de ces associations est importante car pouvant alors compliquer la reconnaissance et le traitement du TDA/H.

D'autres situations peuvent constituer des comorbidités voire des conséquences défavorables du TDA/H avec des impacts notamment sur les conditions de qualité de vie des personnes. Cela touche

*Interview de  
Diane Purper Ouakil,  
PU-PH de pédopsychiatrie,  
CHU de Montpellier*

*Propos rassemblés par  
T.-N. Willig,  
à l'occasion du séminaire  
de formation sur le TDAH  
des 21 et 22 mai 2021  
à Montpellier*

bien entendu les difficultés d'apprentissage scolaire, mais également les conséquences retrouvées plus fréquemment à partir de l'adolescence comme la consommation de substances, les troubles des conduites. De façon plus grave, les risques de délinquance, de suicide, de mort prématurée par accident restent importants dans le TDA/H. Le retentissement pour les sociétés est souvent mal identifié par les décideurs politiques et donc sous-estimé. Ainsi, sur une importante méta-analyse dans la population carcérale<sup>[6]</sup>, un prisonnier sur cinq présentes des critères de diagnostic de TDA/H. Chez l'enfant, une situation de TDA/H reste encore la cause la plus fréquemment identifiée dans les tentatives de suicide sévères, lors de la reconstitution a posteriori des facteurs sous-jacents au déclenchement de l'acte. À l'inverse, contrairement aux idées reçues, le risque de suicide ne paraît pas majoré par la mise en place de traitement psychostimulant : au contraire, il décroît rapidement, en quelques jours, à partir de l'initiation du traitement.

Bien entendu, d'autres comorbidités sont déjà bien connues, avec notamment les troubles oppositionnels, les tics, le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (TDDE). Enfin, d'autres situations peuvent partager des symptomatologies communes voire être comorbides comme les troubles du spectre de l'autisme, l'anxiété, le trouble bipolaire.

### Quelles sont les différentes possibilités thérapeutiques dans le TDA/H ?

Le traitement pharmacologique a clairement l'effet le plus important, avec notamment en France, parmi les psychostimulants, le méthylphénidate. Son utilisation reste encore très faible dans notre pays, principalement en raison des contraintes réglementaires et notamment de la restriction au monde hospitalier de la primo prescription chez l'enfant<sup>1</sup>. Pourtant, les données de littérature confirment bien que ces traitements diminuent à la fois les symptômes mais surtout les conséquences du TDA/H telles qu'elles ont été évoquées ci-dessus.

D'autres molécules existent avec, dans les recommandations des grands pays occidentaux, des stratégies thérapeutiques bien établies

permettant aux médecins de mieux gérer le traitement et d'obtenir une meilleure tolérance chez un plus grand nombre de patients.

Dans les traitements non médicamenteux, la psychoéducation et les programmes de guidance parentale constituent une aide réelle pour les parents ; même s'ils n'ont pas d'effet significatif sur les symptômes du TDA/H, ils améliorent d'autres aspects importants comme les symptômes d'opposition, le climat familial, le sentiment d'efficacité parentale.

La place des thérapies cognitivo-comportementales individuelles reste intéressante, mais à envisager probablement plutôt comme complément au traitement médicamenteux notamment en cas de troubles associés.

### Et chez l'adulte ?

La situation progresse doucement, avec un progrès récent important avec l'autorisation par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) de la primo prescription du traitement par méthylphénidate chez l'adulte. Auparavant, en effet, le traitement était uniquement autorisé dans la poursuite d'une prescription chez l'enfant ou l'adolescent. Chez l'adulte, le diagnostic reste rarement porté, souvent tardivement, alors qu'il devrait être évoqué devant des symptômes de dépression, d'anxiété ou en cas d'abus de substances.

### Quelles priorités voyez-vous pour les années à venir ?

L'organisation des soins doit lutter contre les déserts médicaux et la méconnaissance du trouble qui, en France, empêchent de nombreux enfants, adolescents et adultes d'accéder à un diagnostic et aux thérapeutiques maintenant bien validées sur le plan international.

Une démarche est en cours auprès de l'ANSM, à l'initiative de l'Association française de pédiatrie ambulatoire, en vue de demander la modification des conditions réglementaires de primo-prescription du méthylphénidate.

De nouvelles recommandations nationales sont par ailleurs envisagées par la Haute autorité de santé, faisant suite à celle déjà rédigées en 2014. Enfin, nous aurons le plaisir de recevoir le 23 et 24 juin 2022, à Montpellier, le congrès international francophone sur le TDA/H, nous l'espérons, sur un mode présentiel si les conditions sanitaires nous le permettent.

1. Ndlr - Rappel des règles de dispensation du méthylphénidate. [http://lalettre.ordre.pharmacien.fr/mercure\\_letter\\_mobile/accueil-lettre-72/Regles-de-dispensation-du-methylphenidate](http://lalettre.ordre.pharmacien.fr/mercure_letter_mobile/accueil-lettre-72/Regles-de-dispensation-du-methylphenidate)

- [1] CADDRA. Canadian ADHD practice guidelines. 4th edn. [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.caddra.ca/canadian-adhd-practice-guidelines/>
- [2] National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline [NG87]. 2018; Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG87>
- [3] Banaschewski T, Hohmann S, Millenet SA. Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. DGKJP DGPPN DGSPJ Ger Guidel. 2018;
- [4] Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;
- [5] Cortese S. Pharmacologic Treatment of Attention Deficit–Hyperactivity Disorder. *N Engl J Med.* 2020;383(11):1050–6.
- [6] Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., Hodgkins, P., 2015. A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychol Med* 45, 247–258