

# Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : le rôle du pédiatre de premier recours

*Le pédiatre libéral, médecin du développement de l'enfant, a un rôle essentiel dans les différentes étapes du diagnostic de trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) comprenant l'analyse de la plainte, l'évocation du diagnostic, la prescription des premiers bilans et l'adressage éventuel vers une consultation spécialisée. Parallèlement il assure l'accompagnement de l'enfant et de sa famille puis le suivi régulier des propositions de prise en charge. Ce suivi de proximité prend en compte de toutes les dimensions de la vie de l'enfant : suivi médical, accompagnement psychologique, guidance parentale, conseils d'aménagements scolaires, coordination des différents intervenants rééducateurs et pédagogues de l'enfant. La connaissance des différentes facettes du TDA/H permet ainsi au pédiatre ou au médecin généraliste d'adapter le suivi en fonction des besoins de l'enfant.*

Trouble neurodéveloppemental, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) a fait l'objet en 2014 de recommandations de bonnes pratiques médicales par la Haute Autorité de Santé, définissant ainsi le rôle des médecins de premier recours en coordination avec les consultations spécialisées<sup>[1]</sup>. Au niveau international, des recommandations récentes ont précisé les éléments de consensus au Canada<sup>[2]</sup>, au Royaume-Uni<sup>[3]</sup> et en Allemagne<sup>[4]</sup>, et un document de référence vient d'être publié en 2021 par la fédération mondiale autour du TDAH<sup>[5]</sup>, cf. article dans ce même numéro. Nous vous proposons dans cet article une démarche pour le médecin de premier recours face à une plainte pouvant faire évoquer un TDAH.

## Trois présentations cliniques autour d'un même trouble

Trois gammes de symptômes caractérisent le TDAH : hyperactivité, impulsivité, inattention. Les deux premières sont plus facilement repérées notamment à partir de la petite enfance, compte tenu du caractère « bruyant » des manifestations comportementales qui peuvent ainsi donner l'alerte aussi bien à la maison qu'à l'école, le plus souvent à partir de la scolarité en maternelle. L'enfant hyperactif se manifeste par une agitation motrice, avec un enfant qui gigote toujours, ne sait pas rester en place, court, saute, grimpe et parfois se met en danger... À l'école il ne peut s'empêcher de toucher, de jouer avec ses affaires de classe, les fait tomber, se tortille sur sa chaise, se lève, s'assied... Son comportement perturbe

les autres. Il peut être ingérable dans la cour de récréation.

Mais cette plainte, même précoce n'est pas spécifique. Elle constitue une tendance naturelle d'un comportement moteur des premières années de la vie de l'enfant, avec une excitation de l'enfant face à la découverte de ses capacités à interagir avec le monde, sans limite. Maximale à l'âge de trois ans, elle s'atténue généralement avant l'entrée au cours préparatoire. Elle s'accompagne également d'une aptitude naturelle des enfants à pouvoir exploiter les failles éducatives naturelles des parents. L'agitation motrice dans le TDAH se maintient au-delà de ce qui est habituel pour l'âge et peut susciter des réactions adverses de l'entourage et des enseignants qui n'arrivent plus à faire face à la situation de l'enfant, générant des cercles vicieux délétères. Le retentissement sur la vie sociale de l'enfant va croissant avec le temps, malgré l'envie qu'il a de nouer des interactions sociales : il se fait souvent rejeter progressivement des différents cercles relationnels : de ses pairs à l'école ou en sport, des enseignants, des éducateurs sportifs...

Cette agitation, non spécifique, est aussi retrouvée comme mode d'expression d'autres troubles : les troubles du sommeil de l'enfant et notamment du syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant (SOAS), les troubles du spectre de l'autisme (TSA), et de façon plus générale les difficultés psychoaffectives de l'enfant.

La seconde facette du TDAH correspond à l'impulsivité, fréquemment associée à l'hyperactivité. L'enfant va ainsi agir ou répondre sans réfléchir ni sélectionner sa réponse, alors inadaptée à la question ou au

Thiébaud-Noël Willig<sup>1,3</sup>,  
Anne Gramond<sup>4</sup>,  
Jean-Paul Blanc<sup>2,3</sup>,  
Diane Purper Ouakil<sup>4</sup>,  
Allison Goujon<sup>4</sup>,  
Frédéric Puyjarinet<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Clinique Ambroise Paré  
ELSAN, Centre de bilans de  
second recours Eventail 31  
& Occitadys, Toulouse.

<sup>2</sup> Saint-Étienne,

<sup>3</sup> Groupe Troubles scolaires,  
Association Française de  
Pédiatrie Ambulatoire  
(AFPA),

<sup>4</sup> MPEA Saint-Éloi,  
CHU Montpellier,

<sup>5</sup> UMR EuroMov Digital  
Health in Motion,  
Montpellier

Adresse de correspondance :  
tn.willig1@orange.fr

contexte. Il peut manifester un manque de contrôle dans ses gestes, dans ses paroles, dans la régulation émotionnelle. À la maison, il parle beaucoup, coupe la parole. Il n'est pas capable d'attendre son tour pour parler, jouer, écouter les consignes. Il peut traverser sans regarder, sauter ou courir sans faire attention. Ses parents ont d'ailleurs souvent pris l'habitude de le surveiller beaucoup plus que ses frères ou sœurs. À l'école il va répondre sans lever le doigt, n'arrive pas à attendre son tour ; il débute son travail avant la fin de la consigne. L'impulsivité peut aussi se traduire par des difficultés de précision visuo-motrice pour le découpage, le dessin, l'écriture des lettres, des difficultés d'organisation, un manque d'anticipation dans les actions. Les blessures ou les mises en danger sont plus fréquentes.

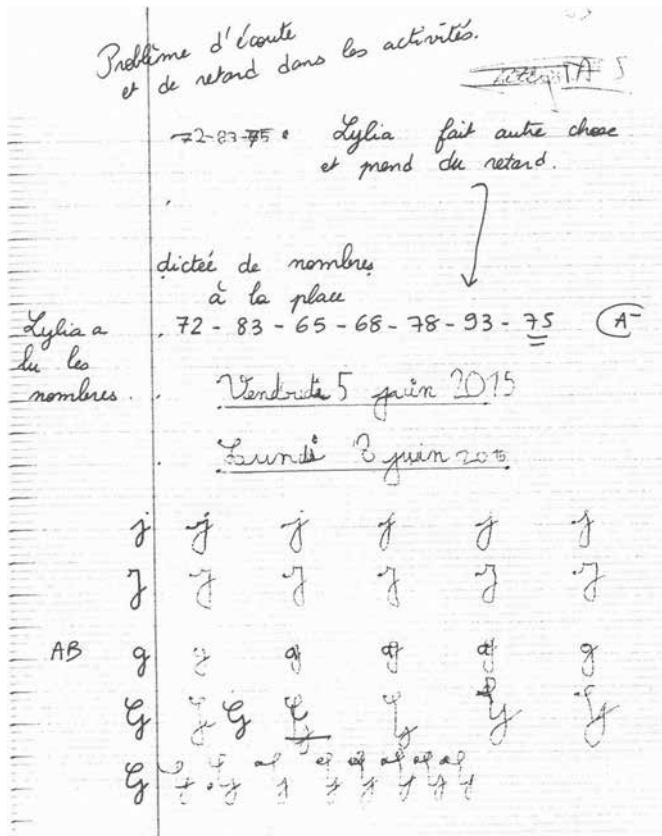


Figure 1 : Cahier d'école d'une enfant « distraite ».

L'inattention est souvent repérée plus tardivement. Dans la vie quotidienne, la fragilité attentionnelle peut s'exprimer par un manque d'autonomie dans les activités habituelles avec un besoin de répéter et de séquencer les consignes usuelles aussi bien pour la toilette, l'habillage, la préparation pour le départ à l'école ou pour les activités. Les mêmes difficultés sont retrouvées dans les jeux de société ou les sports collectifs avec un enfant qui décroche de la tâche, oublie la phase de jeu dans laquelle il se situe. Il est décrit

comme « lunaire » par l'entourage. Les familles sont en général très habituées, et peuvent avoir intégré ce « manque d'autonomie » de l'enfant, ne se rendant plus compte des renforcements permanents nécessaires à l'enfant dans la vie quotidienne. Les enseignants se plaignent « d'un manque de concentration », disent qu'« il est très facilement distrait », « qu'ils doivent sans arrêt le attirer ou le recentrer sur sa tâche »...

L'inattention peut être isolée ou associée aux autres gammes de symptômes. Isolée, son retentissement reste important notamment dans les apprentissages scolaires, mais peut ne pas attirer l'attention des équipes enseignantes face à un enfant « calme ». L'enfant inattentif est alors souvent diagnostiqué devant des troubles d'apprentissage au primaire : trouble de langage écrit, difficultés praxiques, avec des phénomènes de lenteur, de fluctuation dans les capacités de mémorisation d'un jour à l'autre. Il perd facilement le fil de la tâche, avec des exercices non terminés, des dessins intercalés dans les pages de travail plus académiques, avec un enfant qui reste très dépendant de l'adulte pour son travail (figure 1).

L'enfant « précoce inattentif » (ou comme les appelle Olivier Revol TDAH<sup>[8]</sup>) est souvent découvert beaucoup plus tardivement au collège voire au lycée, face à des difficultés de mémorisation nécessitant des efforts inhabituellement importants contrastant avec des capacités intellectuelles élevées, une curiosité et des capacités d'abstraction très fines. À l'opposé des autres enfants « précoces », l'enfant ou l'adolescent doit beaucoup travailler pour des résultats scolaires souvent décevants. L'analyse fonctionnelle de ces jeunes est souvent difficile ; les bilans des fonctions attentionnelles et exécutives ne montrent en général pas de déficit. Le diagnostic peut être suspecté devant un écart important entre l'indice de compétence cognitive élevé (ICC : compréhension verbale, raisonnement fluide et traitement visuo-spatial) et l'indice d'aptitude générale situé en deçà (IAG : vitesse de traitement, mémoire de travail). L'enfant ou l'adolescent peut lui-même exprimer des fluctuations dans ses capacités d'attention et de performances, qui seront bien mises en évidence par les épreuves d'attention soutenue prolongées, maintenant disponibles en France (BMT-i : attention auditive et visuelle ou FEE - Hogrefe<sup>[9]</sup>).

### D'autres présentations ou signes d'appel

À côté de ces trois modes classiques de présentation, d'autres expressions du TDAH sont fréquemment rencontrées avec les troubles de la régulation émotionnelle, des fonctions exécutives et des apprentissages scolaires.

Les canadiens intègrent même les difficultés de régulation émotionnelles dans les critères diagnostiques du TDAH. Ainsi, comme dans les autres troubles du neurodéveloppement, les présentations sont souvent complexes, intriquées entre d'une part le trouble avec ses symptômes d'origine, les renforcements acquis au fil des années, et les conséquences secondaires.

Parfois, le repérage des enfants avec TDAH se fait par le biais des comorbidités. Il faut bien les distinguer car certaines peuvent nécessiter une prise en charge spécifique.

**Distinguer la plainte liée au TDAH des comorbidités et situations associées fréquentes**

- Troubles des apprentissages :  
25 à 40 % des cas de TDAH
- Troubles oppositionnels avec provocation :  
35 % des TDAH
- Troubles des conduites :  
25 % des TDAH
- Troubles émotionnels :  
anxiété, 15 à 31 %, dépression 20 à 37%
- Troubles de sommeil :  
30 à 50%, retard de phase de sommeil, insomnie, troubles moteurs, somnolence diurne.
- Dépendance aux substances addictives  
S'interroger sur la possibilité d'une situation de maltraitance

**Des présentations variables mais des critères de diagnostic communs**

De façon générale, le diagnostic de TDAH reste un diagnostic clinique face à des symptômes existant dans différents environnements de la vie de l'enfant, rencontrés le plus souvent depuis la petite enfance, en l'absence d'un trouble sensoriel pouvant expliquer les difficultés comportementales et en décalage avec son âge développemental. Les symptômes doivent être apparus avant l'âge de 12 ans, et répondre à un certain nombre de critères en fonction des catégories cliniques (tableau 1).

La présentation clinique et le retentissement du TDAH sur le développement de la personne varient également au fil du temps et en fonction de l'âge.

Dans la petite enfance, les difficultés comportementales sont souvent sur le devant de la scène, s'atténuant progressivement dans l'enfance vers l'adolescence. En revanche, les problèmes scolaires, puis les comportements à risque et les conduites addictives se majorent progressivement au collège puis à l'âge adulte. La figure 2 détaille cette évolution dans les symptômes et conséquences du TDAH, adaptée de [7].

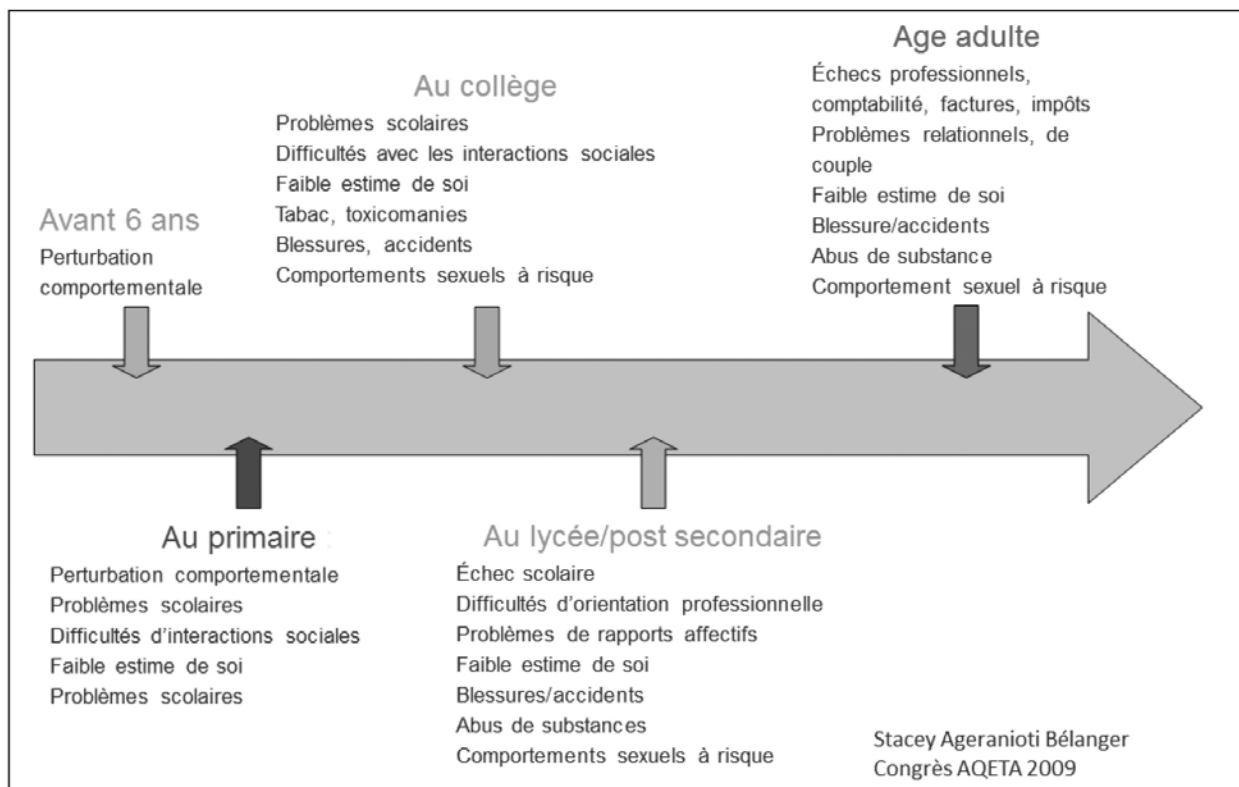


Tableau 1 : Retentissement sur le développement. Évolution des symptômes et de leurs conséquences en fonction de l'âge (adapté de Stacey Ageranioti Bélanger, congrès AQETA 2009).

En revanche, le diagnostic de TDAH reste compatible avec d'autres diagnostics et notamment le trouble du spectre de l'autisme (TSA), comme le DSM-5 (classification nord-américaine des maladies) l'a validé<sup>[6]</sup>.

S'il est important de faire le diagnostic de TDAH, attention également aux sur-diagnosics. Des instabilités récentes ou intermittentes peuvent être liées à des composantes environnementales (maltraitance, événements traumatiques : décès, rackets, harcèlement...), ou psychoaffectives (dépression, échec scolaire, précocité non repérée avec ennui et incompréhension de l'entourage...). Ainsi, la dépression parentale peut notamment chez le petit enfant se manifester par une agitation faisant écho à la détresse du parent. Le contraste entre les symptômes constatés à la maison et à l'extérieur du foyer doit interpeller. La dépression de l'un des parents ne peut toutefois pas permettre d'exclure le diagnostic de TDAH car celle-ci est parfois réactionnelle aux difficultés comportementales de l'enfant.

La dépression de l'enfant peut se manifester sur le plan comportemental par une agressivité, une irritabilité, une hyperactivité motrice, associée à des troubles du sommeil, des plaintes somatiques, voire un désintérêt pour les loisirs, sans qu'il n'y ait systématiquement une expression de tristesse. La dépression de l'enfant et de l'adolescent peut cependant également survenir dans l'évolution d'un TDAH, surtout en l'absence de diagnostic et de prise en charge adaptée.

### Les comorbidités ou les diagnostics différentiels

*Cf. article correspondant dans le dossier : Le Trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) et ses principales comorbidités chez l'enfant, Diane Purper Ouakil, page 19.*

### La démarche diagnostique

Cette étape peut justifier plusieurs consultations. Le médecin de premier recours analyse la plainte exprimée par l'entourage de l'enfant, l'enseignant et par l'enfant lui-même par une anamnèse approfondie. Il réalise un examen clinique complet, notamment neurologique et cutané, vérifie les fonctions sensorielles.

Il recherche également systématiquement d'autres domaines de difficultés de l'enfant et notamment des difficultés dans les apprentissages scolaires (langage écrit, calcul), des difficultés dans les coordinations motrices et le traitement visuospatial (écriture, copie de figures géométriques).

Il fait préciser l'existence de troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils), des difficultés de gestion des émotions (colères, crises violentes, hyperémotivité...), des troubles oppositionnels, un trouble des conduites.

Ce temps de consultation peut également mettre en évidence des facteurs pouvant mimer le TDAH ou l'aggraver. C'est le cas par exemple d'enfants ou d'adolescents qui manquent de cadre éducatif, de routines, de temps de sommeil, d'activité physique ou dont le temps d'écrans est mal contrôlé. La consultation doit parfois inclure un temps en dehors de la présence des parents en cas de suspicion de maltraitance, ou chez l'adolescent de l'utilisation de substances addictives.

Cette étape diagnostique permet d'éliminer des troubles auditifs ou visuels passés inaperçus ou associés, de suspecter certains syndromes génétiques pouvant donner le change (X fragile, maladie de von Recklinghausen : NF1, syndrome de Williams Beuren). Il permet d'envisager des comorbidités pédopsychiatriques avec notamment les troubles du spectre de l'autisme et le trouble disruptif dysrégulation émotionnelle de l'enfant (TDDE).

Le diagnostic du TDAH reste donc un diagnostic clinique et comportemental, basé sur les critères diagnostiques recensés aussi bien dans la DSM-5 que la CIM 10 puis 11 (10) et rappelés dans le tableau 1. Aucun test sanguin ni aucune imagerie médicale ne sont nécessaires.

Aucun questionnaire ne peut permettre à lui seul de faire le diagnostic. Toutefois certains questionnaires spécifiques vont permettre d'évaluer l'impact fonctionnel du trouble suspecté.

C'est le cas des questionnaires de **Conners** ou des questionnaires **SNAP IV-26** (11).

La grille PDF et sa notice de cotation sont disponibles en téléchargement et ne sont soumises à aucun droit de licence : <https://afpa.org/outil/outil-de-depistage-tdah-premier-recours/>

### L'échelle de retentissement fonctionnel de Weiss pour les parents

WFIRS-P, est un questionnaire parental permettant de décrire le retentissement fonctionnel du TDAH dans 7 dimensions. L'outil, initialement en langue anglaise, est disponible dans sa version française dans les outils mis à disposition par l'initiative canadienne CADDRA. Il a fait l'objet de validation dans une dizaine de pays dont la France (7), confirmant son intérêt dans différentes cultures. Il se rapproche ainsi, mais dans une version facile à remplir par les parents, des échelles de fonctionnement adaptatif utilisées pour le trouble du spectre de l'autisme ou

les troubles du développement intellectuel (échelle de Vineland 2 par exemple).

Le questionnaire est disponible en téléchargement sur le lien :

[https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/WFIRS-P\\_FR.pdf](https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/WFIRS-P_FR.pdf)

ainsi que d'autres outils d'évaluation de l'enfant potentiellement TDAH :

<https://www.caddra.ca/fr/public/children/l-evaluation/>

Les questionnaires sont donnés aux parents et aux enseignants, tout en sachant que la confirmation du diagnostic peut s'enrichir de l'évaluation des fonctions cognitives, d'un entretien psychologique, et d'une évaluation des fonctions attentionnelles et exécutives.

L'orientation vers le psychologue et/ou le psychomotricien est donc alors du ressort du médecin de première ligne. Une consultation spécialisée auprès d'un pédopsychiatre spécialisé ou d'une plate-forme PCAP permet de confirmer le diagnostic et de mettre en œuvre les différents axes de prise en charge.

Pendant cette période, l'enfant et les parents sont souvent dans la détresse, avec une profonde auto-dévalorisation de l'enfant qui s'estime nul face à tous les retours négatifs accumulés dans sa famille, avec ses copains ou à l'école. Les parents doivent aussi souvent être rassurés et réconfortés sur les compétences de leur enfant et leurs propres compétences éducatives. Il leur est souvent reproché d'avoir « mal élevé » leur enfant. Or les repères habituels d'éducation implicitement et culturellement acquis ne sont pas fonctionnels pour les enfants présentant un TDAH. Le médecin de premier recours a donc un rôle de revalorisation des compétences des enfants et des parents, dès le stade où il évoque le diagnostic.

### En conclusion

Faire le diagnostic permet de nommer le problème et de proposer des solutions efficaces. L'absence de diagnostic ou le sur-diagnostic ont un coût individuel et social que la connaissance actuelle du TDAH ne devrait plus avoir à supporter.

### Références bibliographiques

- [1] Haute Autorité de Santé. 2014. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Paris, France: Haute Autorité de Santé; 2014.
- [2] CADDRA. Canadian ADHD practice guidelines. 4th edn. [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.caddra.ca/canadian-adhd-practice-guidelines/>
- [3] 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>
- [4] Banaschewski T, Hohmann S, Millenet SA. Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. DGKJP DGPPN DGSPJ Ger Guidel. 2018;
- [5] 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;
- [6] American Psychiatric Association, éditeur. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
- [7] Bélanger SA. L'entrée au secondaire : les défis pour l'adolescent TDAH [Internet]. 2009 mars 27 [cité 20 févr 2017]; Congrès 2009 de l'AQETA. Disponible sur: [henri-julien.csdm.ca/files/2012/02/Les\\_adolescents\\_TDAH.pdf](http://henri-julien.csdm.ca/files/2012/02/Les_adolescents_TDAH.pdf)
- [8] Revol O, Fumeaux P, Viorrain M. Haut potentiel intellectuel et TDA/H: ressemblances, différences, co-existence? *ANAE Approche Neuropsychol Apprentiss Chez Enfant*. 2016;(140):25-32.
- [9] Billard C. LA BMT-i, un outil d'évaluation des différents apprentissages et fonctions cognitives accessible à tous les professionnels de santé concernés par les troubles du développement de l'enfant : numéro spécial. *ANAE-Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*. juin 2019;
- [10] Organisation Mondiale de la Santé. CIM 10—Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. 1993;
- [11] Swanson JM. SNAP-IV 26 - Échelle d'évaluation pour le parent/professeur [Internet]. University of California, Irvine, CA 92715; Disponible sur: <https://www.caddra.ca/fr/formulaires-de-la-etrousse/>

**Annexe 1 - Critères DSM-5**  
**Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (American Psychiatric Association, 2013 (6))**

(1) Inattention	(2) Hyperactivité/Impulsivité
Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).	Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège
A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (ex : a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long).	Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situation qui nécessitent de rester assis).
Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : leur esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).	Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation)
Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait).	A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex : difficultés à gérer des tâches séquentielles, difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre, complique et désorganise le travail, gère mal le temps ; ne respecte pas les délais fixés).	Est souvent «sur la brèche» ou agit souvent comme s'il était «monté sur ressorts» (ex : incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité ou comme difficile à suivre).
Souvent évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article).	Souvent, parle trop.
Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).	Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex : termine la phrase de ses interlocuteurs, ne peut attendre son tour dans une conversation).
Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne »).	A souvent du mal à attendre son tour (ex : lorsque l'on fait la queue).
A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).	Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font).
Six (ou plus) des symptômes dans la catégorie (1) et/ou (2) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles (Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, d'une hostilité ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés).	

- A/ Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, et caractérisé par (1) et/ou (2).
- B/ Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.
- C/ Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex : à la maison, l'école, ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités).
- D/ On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie.
- E/ Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).

**Sous-types cliniques**

- *Condition mixte ou combinée* : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.
- *Condition « inattention » prédominante* : le critère A1 est satisfait, le critère A2 n'est pas satisfait et trois ou plus symptômes du critère A2 sont présents pour les 6 derniers mois.
- *Condition « inattention » restrictive* : le critère A1 est satisfait mais pas plus de deux symptômes du critère A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.
- *Condition « hyperactivité/impulsivité » prédominante* : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

# BULLETIN D'ADHÉSION AFPA 2021

+ Abonnement à la revue « Le Pédiatre »



L'adhésion, l'abonnement ou les réabonnements se font pour une année civile, de janvier à décembre 2021.  
Cocher la case correspondant à l'option de votre choix.

## Comment faire ? Deux possibilités :

Compléter directement en ligne  
votre profil avec règlement  
sécurisé de l'adhésion par  
carte bancaire.

OU

Télécharger ce formulaire, le remplir sur  
votre écran, l'imprimer pour l'envoyer  
par voie postale avec le chèque de  
règlement libellé au nom de l'AFPA\*

Lors de votre 1<sup>ère</sup> adhésion, d'un déménagement ou d'un changement de mode d'exercice joindre une feuille de soins barrée.

\*Secrétariat de l'AFPA - Emmanuèle Grassin - 15 rue Maurice Berteaux - 33400 Talence - Tél.: 05 56 44 15 98 - E-mail : [pediatres@afpa.org](mailto:pediatres@afpa.org)

**Membre actif** (pédiatres exerçant la pédiatrie en France métropolitaine et DOM TOM)

**Membre associé** (pédiatre exerçant la pédiatrie hors de France ou autre spécialité)

Adhésion

110 €

Abonnement « Le Pédiatre » - France métropolitaine et DOM TOM - 6 numéros \*

90 €

Total T.T.C. :

200 €

+ 20 €

Abonnement « Le Pédiatre » - Envoi à l'étranger :

\* Option facultative

**Membre retraité non actif ou junior**

Adhésion demi-tarif

55 €

Abonnement « Le Pédiatre » 6 numéros \*

90 €

Total T.T.C. :

145 €

+ 20 €

Abonnement « Le Pédiatre » - Envoi à l'étranger :

\* Option facultative

Adhésion pour les non médecins, merci de contacter le secrétariat : tel 05 56 44 15 98

**Abonnement « Le Pédiatre » 6 numéros Tarif non adhérent AFPA**

France Métropolitaine et DOM TOM

120 €

Étranger

+20 €

**TOTAL A PAYER T.T.C.:** .....

ÉCRIRE EN MAJUSCULES - UNE LETTRE PAR CASE

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie  
l'exactitude des informations données ci-dessus.

Signature et Cachet professionnel

Nom :

Prénom :

Code postal :

Courriel :

Cochez si c'est votre 1<sup>ère</sup> adhésion

Une facture correspondant aux montants des cotisations réglées est téléchargeable  
sur le site [www.afpa.org](http://www.afpa.org) dans votre espace adhérent, rubrique « mes paiements »

L'AFPA vous propose PédiaConsult, le site qui connecte pédiatres et patients [www.pediaconsult.com](http://www.pediaconsult.com)

# « VOTRE PROFIL 2021 »



- **Compléter avec soin l'intégralité des rubriques**, ces renseignements sont indispensables pour votre adhésion.
- Vos données sont modifiables dans « votre profil » sur [www.afpa.org](http://www.afpa.org)
- **Penser à joindre une « feuille de soins-médecin » barrée à la première inscription, en cas de déménagement ou de changement de mode d'exercice.**

Attention, cette fiche n'est pas un formulaire d'inscription aux séminaires de formation continue de l'AFPA.

M. ou Mme (préciser) Nom et prénom :

Nom de naissance (si différent du nom) :

Profession : Pédiatre Médecin Généraliste Autre, préciser :

Adresse professionnelle :

Code Postal : Ville :

Département : Région :

Pays :

Adresse personnelle :

Code Postal : Ville :

**Je souhaite recevoir le courrier postal de l'AFPA à :** mon adresse professionnelle ou mon adresse personnelle

Téléphone du cabinet : Téléphone mobile :

**N° SIRET obligatoire** (exercice libéral France et métropole uniquement) :

**E-mail obligatoire :**

Date de naissance : Année de thèse : Année d'installation :

Lieu d'exercice : urbain rural semi-rural

Exercice exclusif (100%) : libéral exclusif salarié exclusif Préciser :

Exercice libéral mixte, merci de préciser votre exercice dominant (> 50 %) :

Libéral PMI Crèche MECS Hôpital

Autre : Exerce en maternité

Surspécialité(s) :

Type de cabinet : individuel groupe

Secteur conventionnel : 1 ou 2 Autre :

N° ADELI (sur feuille SS, 17 chiffres) :

Numéro RPPS (11 chiffres) :

Numéro Sécurité Sociale :

Utilisateur Infansoft® Abonnement, maintenance, mise à jour : **tarif très préférentiel pour les adhérents AFPA**

## Groupes d'étude et de recherche en pédiatrie ambulatoire

Les groupes d'études peuvent faire avancer la recherche en soins primaires dans les nombreux domaines de la pédiatrie ambulatoire. Si vous souhaitez participer **activement** à un ou plusieurs groupes en fonction de vos intérêts et de vos compétences, merci de vous inscrire.

**Renouvellement de votre inscription au(x) groupe(s) chaque année. Inscription au maximum à 3 groupes.**

**Une connexion internet est indispensable à la participation à un groupe d'étude et de recherche**

**cocher le ou les groupes auxquels vous aimeriez participer.**

Adolescents Allaitement Crèches Dépistages sensoriels Dermatologie Douleurs DPC  
Endocrinologie/Métabolisme Enseignement de la pédiatrie Environnement et santé Europe Handicap  
Informatique Infectiologie/Vaccinologie Information/Education des parents Luxation de hanche (APELHE)  
Néonatalogie Neurologie Gastro/Nutrition Obésité Parentalité/Adoption Pédiopsychiatrie  
Pneumologie/Allergologie *Réflexion* éthique Troubles des apprentissages Uro-néphrologie

**Si vous souhaitez prendre des responsabilités au sein d'un groupe, contactez nous [pediatres@afpa.org](mailto:pediatres@afpa.org)**