

# ***APNB – atelier enfant***



Décembre 2013



Sophie CHANCENOTTE  
Sandra MAREY  
Coralie MARIA

# **TDAH**

5 Décembre 2013 (Sandra)

- *Quelques rappels et chiffres*
- *Travaux actuels de la HAS / état des lieux au niveau international*
- *Discussion autour des ateliers enfants futurs (Etudes de cas ? Articles ? Livres ?...), mise en place d'un programme.*

Prochains ateliers

- *Tests existants (Sophie)*
- *Prises en charge (Coralie)*

# *Historique*

- *Connu depuis le XIXe siècle*
- *Vers 1920 : concept de « Brain Damage Syndrome », puis d'hyperkinésie*
- *1974 – DSMII – syndrome hyperkinétique*
- *1980 : prise en compte déficit attentionnel – DSMIII*
- *1987 terme THADA (trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention) terme maintenant remplacé par TDAH (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité)*

Nombreuses descriptions de cas isolés d'enfants hyperactifs publiés dans la littérature

1897 - Bourneville  
Enfant instable

1902 - George Still  
Minimal Brain Damage

1904 - Emil Kraepelin  
Haltlosen Psychopathen

1917-1918  
Troubles comportementaux post-encéphalitiques

1925 - Henri Wallon  
L'enfant turbulent

1950  
Syndrome Hyperkinétique

1950 - 1960  
Minimal Brain Dysfunction

1960 - Chess  
Syndrome de l'enfant hyperactif

1968 - DSM-II  
Réaction hyperkinétique de l'enfance

1976  
120 études publiées avec les psychostimulants

1980 - DSM-III  
Trouble déficit de l'attention

1987 - DSM-III-R  
Optique unidimensionnelle

1994 - DSM-IV  
TDAH avec trois sous-types

1993 - CIM-10  
Trouble hyperkinétique

2000 - CFTMEA  
Instabilité psychomotrice

2013  
DSM-V  
CIM-11?

1. Bouvard M et al. L'hyperactivité de l'enfant à l'âge adulte. 2<sup>e</sup> édition. Doin Groupe Liaisons, 2006.  
2. Vautalon V. L'hyperactivité de l'enfant. John Libbey Eurotext, 2005.

# ***DSM 5***

## *Propositions :*

- changer le critère diagnostique des symptômes présents avant l'âge de sept ans en symptômes présents avant l'âge de 12 ans
- DSM IV TR : identifier 6 symptômes présents avant 16 ans / DSM 5 : identifier 4 symptômes présents avant 17 ans

*A suivre...*

# *Historique*

- *Depuis Février 2005 : peut être reconnu en tant que **handicap cognitif***
- *Aucun centre référent spécifique en France*
- ***Etiologie** : trouble neuro-développemental multifactoriel : biologique (déséquilibre systèmes dopaminergiques et noradrénergiques), génétique + modulé par qualité de l'environnement familial et social.*

# Le cadre légal

- **LE HANDICAP – selon la loi du 11-02-2005:**

« Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions, physique, ou mentale ou cognitive »

- **La Loi n°2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et chances** définit les modalités d'accueil de l'enfant présentant un handicap dans l'école ou l'établissement scolaire le plus proche de son domicile:

- Projet personnel de scolarisation
- Equipe de suivi de scolarisation
- Recommandation relative à l'organisation des examens.

- **Loi du 23 avril 2005 - article 16:**

« A tout moment de la scolarité obligatoire, lorsqu'il apparaît qu'un élève risque de ne pas maîtriser les connaissances et les compétences indispensables à la fin d'un cycle, le directeur d'école ou le chef d'établissement propose aux parents ou au responsable légal de l'élève de mettre en place un programme personnalisé de réussite éducative. »

# ***TDAH***

## ***- Définitions***

→ DSM IV TR

→ CIM10

→ CFTMEA

**Comorbidités** chez 60 à 87%

Le nombre de symptômes est clairement corrélé avec les difficultés scolaires.

Persiste chez l'ado et l'adulte chez près de 50%.

Méthylphénidate AMM depuis 1996 (taux de prescription : seulement 5% des enfants TDAH)



# ***CIM10 / DSMIV / CFTMEA***

- *DSM IV : trois formes : avec prédominance trouble attentionnel (TDA), avec prédominance trouble impulsivité / hyperactivité (H), type mixte*
- *CIM 10 (proposé par OMS) : une seule forme appelée troubles hyperkinétiques (exige la présence de trouble attentionnel + impulsivité ou hyperactivité)*
- *CFTMEA (approche psychodynamique) : hyperkinésie avec trouble attentionnel, classée dans les troubles des conduites et du comportement...*

# ***CIM10 / DSMIV / CFTMEA***

*- Prévalence varie selon classification utilisée...*

*DSM IV → entre 5 et 10% pour l'âge scolaire*

*CIM 10 → entre 0,4 et 4,2% / ratio 3 à 4% garçon pour 1% fille / 2% de formes sévères (source INSERM)*

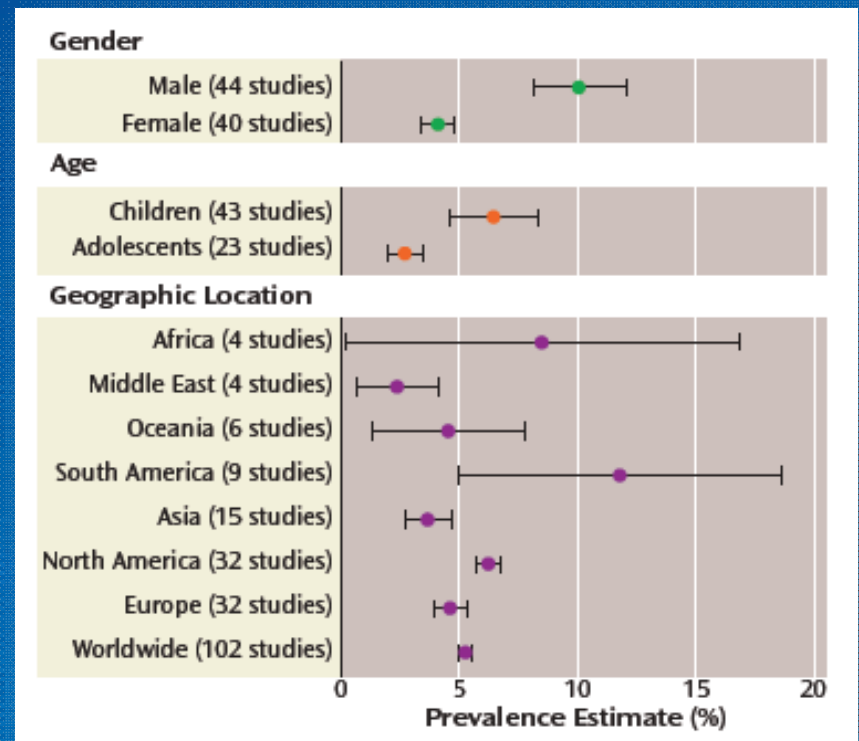
*Taux de prévalence s'infléchit à l'adolescence.*

# Prévalence du TDAH chez l'enfant et l'adolescent

Analyse sur 102 études depuis 1980 (N = 171 756) :  
5,29 % avec un IC<sub>95</sub> = [5,01-5,56]

## ● Prévalence plus faible si :

- ▶ sexe féminin
- ▶ tranche d'âge 12-18 ans
- ▶ DSM-III-R ou ICD-10



# Etude de la prévalence du TDAH en France

- Prévalence du TDAH en France : **3,5 %**  
(intervalle de confiance 95 % : 2,4-4,7)
- La répartition des sous-types
  - ▶ le type mixte 17,6 %
  - ▶ le type hyperactivité/impulsivité 35,9 %
  - ▶ le type inattention prédominante 46,5 %
- Autre membre de la famille atteint de TDAH dans **22 %** des cas  
(versus 4,2 % des familles des enfants non TDAH,  $p = 0,0001$ )

Enquête téléphonique menée auprès d'un échantillon représentatif de familles ayant un enfant entre 6 et 12 ans (n=1012)

# Etude de la prévalence du TDAH en France

- Les comorbidités et complications les plus fréquentes
  - ▶ troubles des conduites 18,2 %
  - ▶ troubles oppositionnels 29,9 %
  - ▶ difficultés d'apprentissage : 50 %
  - ▶ redoublement : 25,8 %
  - ▶ problèmes académiques : 33,3 %
- Dans l'étude épidémiologique française, 36,5 % des enfants souffrant d'un TDAH ont un traitement pharmacologique

Enquête téléphonique menée auprès d'un échantillon représentatif de familles ayant un enfant entre 6 et 12 ans (n=1012)

# ***Comorbidités selon HAS***

- *Troubles oppositionnels avec provocation (50%) et troubles des conduites (30%)*
- *Troubles du sommeil (50%)*
- *Abus de substances*
- *Troubles des apprentissages*
- *Troubles anxieux (25%) et dépression (20%)*
- *Tics et syndrome Gilles de la Tourette (10 à 30%)*
- *Troubles de l'élimination (énurésie 30%)*

# *HAS*

*Conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent ayant un déficit de l'attention et/ ou un problème d'agitation. Note de cadrage.*

*Texte en cours d'élaboration.*



# *Synthèse*

## *Justification du projet*

- Problème de santé publique (prévalence de 3 à 5% en France + chronicisation des troubles)
- Enquête auprès des familles → errance diagnostique avec délai de 30 mois en moyenne / risque d'échec scolaire plus important (30%)
- Coût pour la société : échec scolaire, redoublement, pb adaptation professionnelle, risque conduites addictives, accidents + fréquents



# *Synthèse*

## *Points nécessitant amélioration des pratiques*

- Repérage : doit être précoce (pour PEC précoce) / seule surveillance avant 6 ans, prudence / formation médecins traitants / évaluation standardisée
- Prise en charge : plurimodale et collective (adaptée et coordonnée → médecins formés à la coordination et au travail en réseau)
- Harmonisation des informations sur la PEC médicamenteuse en cohérence avec récents travaux de l'ANSM sur le méthylphénidate

# *Synthèse – évaluation*

## Enquête 2010 - hétérogénéité des pratiques – examens systématiques en France ? :

- Echelles évaluation subjective 68% (type Conners)

- Bilan neuropsychologique, psychométrique 68%

- QI 68%

- Entretien diagnostique (K-SADS) 32%

Sévérité (ADHD – RS) / CAARS 42%

- Bilan orthophonique 47%

- Psychomotricité 47%

- Dosage sanguin ferritine, Mg Zn 26%

- EEG si antécédents 21%

- ECG 16%

- polysomnographie 16%

- orthoptie 11%

- Evaluation personnalité (tests projectifs) 5%

# ***Calendrier prévisionnel***

*Revue de littérature : dernier trimestre 2013*

*Réunions groupe de travail : mars avril 2013*

*Groupe de lecture : septembre octobre 2013*

*Groupe travail post phase lecture : 11/2013*

*Passage au collège début 2014*

***Publication début 2014...***

# *Pratiques européennes – TDAH*



# ***Pr Eric Taylor***

***Professeur en neuropsychiatrie enfant et ado à Londres – spécialisé dans la recherche sur le TDAH***

- risque accru de développer des diffT importantes*
- pour la plupart, cas en Europe non diagnostiqués
  - priorité de santé publique**
- revue systématique d'essais cliniques randomisés a clairement indiqué efficacité thérapie comportementale, formation aux compétences sociales et médicaments.*

# ***Pr ARIBERT ROTENBERGER***

## ***Professeur de psychiatrie en Allemagne***

- prévalence en Europe autour de 5% et peut persister durant la vie entière
- un long chemin reste à parcourir pour établir une offre de soin satisfaisante
- répercussion importante sur le fonctionnement psychosocial de la personne + difficulté pour famille et société
- trouble de plus en plus reconnu et accepté
- importance diagnostic pluridisciplinaire et multimodal

# ***Michel LECENDREUX***

## ***Psychiatre et pédopsychiatre, Paris***

- l'importance des symptômes d'hyperactivité / impulsivité et de difficulté attentionnelle sont prédicteurs des diffT scolaires
- les symptômes de déficit attentionnel sont quant à eux prédicteurs du redoublement
- nécessité de proposer au plus tôt un diagnostic et une stratégie thérapeutique et psycho éducative adaptée

# ***Isabel RUBIO***

***Présidente de la fondation ADANA en Espagne  
(équivalent de TDAH France)***

***+ Vice présidente ADHD Europe***

- objectif intégration enfants en classe
- objectif formation des parents et enseignants



# ***Christine GETIN***

## ***Présidente HypersSupers – TDAH France***

- prévalence française similaire aux pays voisins
- diffT d'obtenir un diagnostic et une prise en charge adaptés / parcours long et dépend de la capacité des personnes à trouver les informations par eux mêmes
- la coordination des soins reste à la charge de l'enfant ou de l'adulte faute d'appui d'un médecin formé à ce trouble ET géographiquement proche
- troubles perçus par le plus grand nombre comme un défaut d'éducation...
- amélioration grâce prise en compte handicap cognitif depuis 2005, aide à la scolarité (PPS)

# ***Pr Tobias BANASCHEWSKI***

## ***Professeur de psychiatrie en Allemagne***

- European ADHD Guidelines Group → lignes directrices pr diag et traitement TDAH
- le traitement médicamenteux doit s'intégrer dans un projet de soin global (psy / cpmt / éducation)
  - médicaments les + efficaces sont psychostimulants et ATOMOXETINE si médicament nécessaire
  - médicament à durée d'action prolongée sont aussi efficaces que ceux à libération immédiate

# ***Dr Diane PURPER OUAKIL***

## ***Pédopsychiatre hospitalier - PARIS***

- répercussion TDAH majorée par stigmatisation
  - symptômes et répercussions à court terme peuvent être améliorés
  - on ne connaît pas encore l'ensemble des facteurs impliqués dans l'évolution, nécessite une aide personnalisée et une réévaluation périodique
  - nécessité d'évoluer vers une meilleure reconnaissance des difficultés

# ***Dr Alessandro ZUDDAS***

## ***Neuropsychiatre, Italie***

- médicaments autorisés depuis 2007 uniquement
  - ne peut être prescrit qu'après inscription de l'enfant au Registre électronique national du TDAH ! (géré par l'Institut National de Santé qui a pour objectif de normaliser au niveau national les procédures de diagnostic et prise en charge grâce aux centres de référence régionaux)
  - Médicament toujours en combinaison avec un support psycho éducatif + suivi individuel sur au moins deux ans

# ***Pr Marina DANCKAERTS***

## ***Belgique***

- Grande hétérogénéité dans le pays avec des régions linguistiques « sur médicamentées » et d'autres « sous médicamentées », différence provenant des formations, des orientations psychothérapeutiques, des différences dans l'accès même aux soins.
- Un programme de gestion du comportement des enfants a récemment été mis au point pour les enseignants du primaire et sera distribué dans ttes les écoles de France aux enseignants :  
« ToolKit ADHD ».

# ***Pr Manfred Döpfner***

## ***Université - Allemagne***

- des lignes directrices nationales ont été rédigées, suivant les guidelines européennes.
- Le ministère allemand de la santé a encouragé la mise en place d'un réseau national pour permettre de bénéficier de structures locales

# ***Différences internationales***

## **Différences majeures :**

- *Amérique (EUA) : d'abord traitement, puis voir si un autre type de traitement est nécessaire*
- *Angleterre : uniquement pharmacologie dans les cas les plus graves (NICE guidelines)*

# **QUEBEC**

## **Lignes directrices**

***Dernière version 2011***

***Objectif : aider les médecins à diagnostiquer  
et traiter le TDAH tout au long de la vie***

***Basé sur tous les guidelines mondiaux***

***CADDRA*** (Canadian Attention Deficit hyperactivity Disorder  
Resource Alliance)



# **CADDRA**

## ***Principes, 5 piliers :***

- psychoéducation ++
- faire en sorte que la famille développe de meilleures habitudes
- prise en charge psychologique (estime de soi) – TCC parfait pour ado et adulte, controversé chez enfant
  - aménagements sco
- traitement médical personnalisé avec dose progressive (suivi médical régulier même si absence de traitement mis en place)

# ***CADDRA***

## ***Information à la famille :***

- doivent comprendre le traitement proposé
  - risques et avantages du traitement
- informer sur les solutions de remplacement
- expliquer les risques potentiels de l'absence de traitement

# **CADDRA**

## **Suivi médical :**

- enfant : médecin traitant + pédiatre
- adulte : médecin traitant + psychiatre

*Les médecins qui ne connaissent pas la problématique sont invités à suivre des programmes de formation offerts par le CADDRA ou à consulter les programmes de formation en ligne.*

# ***CADDRA***

***Trousse évaluation CADDRA (dispo sur internet) :***

- documents évaluation et suivi / questionnaires
  - documents à remettre au patient + famille
    - enfant et adulte

# ***CADDRA***

## ***Attention aux diagnostics différentiels et aux comorbidités :***

- comorbidités les plus fréquentes = trouble cpmt (TOP, agressivité), trouble de langage et énurésie dans la petite enfance / anxiété ou TICS durant le primaire / troubles de l'humeur à l'adolescence
  - TDAH très fréquemment associé à un TSA
- trouble des conduites atténué par les traitements efficaces pour le TDAH mais avec dose plus élevée souvent + techniques psychosociales

Troubles différentiels	Exemple de condition médicale à considérer	Points à l'histoire/évaluation spécifique
Troubles respiratoires	Apnée du sommeil	Clinique: ronflement, fatigue diurne, hypertension, céphalées, polysomnographie
Troubles du sommeil	Narcolepsie	Somnolence diurne excessive, cataplexie, hallucinations hypnagogiques et paralysie du sommeil
Déficits sensoriels	Myopie Difficultés auditives	Ophthalmologie Audiologie
Dérèglement hormonal	Thyroïde	TSH
Troubles métaboliques	Diabète	Glycémie à jeun
Troubles hématologiques	Anémie	FSC et différentielle
Toxicomanie/dépendance	Alcool, cannabis ou dépendances à toute autre drogue illicite	Questionnaire CAGE : cut down (diminution), annoying (dérangeant), guilt (culpabilité), eye opening (boire à l'éveil); dépistage de drogues dans les urines
Troubles neurologiques	Commotion cérébrale	Antécédents de traumatisme, céphalées, confusion, syncope
Autres troubles cognitifs	Troubles d'apprentissage	Évaluation psychologique/cognitive
Troubles psychiatriques	Dépression majeure  Anxiété généralisée Trouble bipolaire	Humeur dépressive, anhédonie, dévalorisation, idées suicidaires Inquiétudes constante avec symptômes somatiques Grandiosité, psychose, périodicité

	Adderall XR®	Biphentin®	Concerta®	Novo-MPH-ER-C®	Strattera®	Vyvanse®
<b>COMPARISONS CLINIQUES</b>						
<b>Ingrédient actif</b>	Sels d'amphétamine	Méthylphénidate HCL	Méthylphénidate HCL	Méthylphénidate HCL	Atomoxetine	Dextro-amphétamine
<b>Indication Canadienne</b>	Tous les groupes d'âge	Tous les groupes d'âge	Tous les groupes d'âge	Substitut générique pour Concerta®	Tous les groupes d'âge	Tous les groupes d'âge
<b>Études d'efficacité clinique</b>	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
<b>Technologie d'action prolongée</b>	Granules de 2 types	Granules multicouches	Oros	Mécanisme inconnu	Basé sur les taux sanguins	Pro-médicament
<b>Durée de l'effet</b>	~12 heures	10-12 heures	10-12 heures	Inconnu	Continu	13-14 heures
<b>Libération (% immédiat/ % longue durée)</b>	50/50	40/60	22/78	Inconnu	Continu	Continu
<b>Saupoudrable</b>	Oui	Oui	Non	Inconnu	Non	Soluble dans l'eau
<b>Dosages disponibles</b>	6	8	4	4	7	5
<b>Potential d'abus</b>	Faible	Faible	Très faible	Probablement élevé	Aucun	Très faible
<b>Coût</b>	\$\$	\$+ doses faibles mais \$\$ doses plus élevées	\$\$	\$	\$\$\$	\$\$
<b>Produit Contrôlé</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui

# ***Ressources***

***Beaucoup d'autres informations données dans les lignes directrices du CADDRA (à lire!!), très complet !***

***[www.attentiondeficit-info.com](http://www.attentiondeficit-info.com)***

***[www.caddra.ca](http://www.caddra.ca)***



# ***Recommandations internationales***

- ***2004 ESCAP – européen***
- ***2007 – Evidence based guidelines – Angleterre***
- ***2008 NICE***
- ***2009 SIGN***
- ***2010 European Treatment guidelines***
- ***2010 CADDRA***
- ***2011 CADTH (canadien)***
- ***2011 AAP (américain)***

***Plus de détails dans l'article de la HAS.***