



Le médecin de premier recours face au TDAH



Plan

- TDAH au fil des âges
- Comment dépister un TDAH ?
- Attention aux pièges ! (comorbidités-DD)
- Comment confirmer le diagnostic ? Bilans / questionnaires
- Qui peut prescrire ? Comment ? Remboursement?
- Suivi par le médecin de premier recours
- Comment aider nos patients ?



1845, Dr. Heinrich Hoffmann, Die Geschichte vom Zappel-Philipp

TDA/H Trouble Déficit d'Attention **avec/sans** **Hyperactivité**

Trouble fréquent : 5-7 % des enfants

3-4 % des adultes

Persistance TDAH à l'âge adulte : 60-70 %



Le TDAH au fil des âges

Eur Child Adolesc Psychiatry (2017) 26:139–141
DOI 10.1007/s00787-017-0944-8



CrossMark

ADHD Atten Def Hyp Disord (2012) 4:53–62
DOI 10.1007/s12402-012-0077-3

EDITORIAL

REVIEW ARTICLE

Combining epidemiological and neurobiological perspectives to characterize the lifetime trajectories of ADHD

Philip Shaw¹ · Guilherme V. Polanczyk²

ADHD in adults: a concept in evolution

Breno Matte · Luis Augusto Rohde ·
Eugenio Horácio Grevet

The Journal of Child
Psychology and Psychiatry

Journal of Child Psychology and Psychiatry 60:4 (2019), pp 333–352



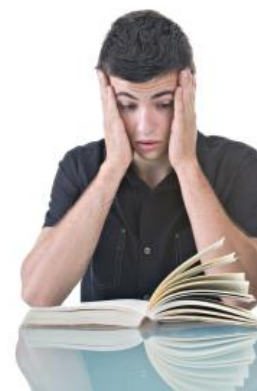
doi:10.1111/jcpp.13020

Annual Research Review: Does late-onset attention-deficit/hyperactivity disorder exist?

Philip Asherson, and Jessica Agnew-Blais

Social Genetic and Developmental Psychiatry, Institute of Psychiatry Psychology and Neuroscience, King's College
London, London, UK

Le TDAH est un trouble hétérogène qui varie avec l'âge



Critères de diagnostic selon le DSM-5

Le TDAH fait partie de la catégorie "Troubles neurodéveloppementaux".

I Un schéma persistant d'inattention (I) et/ou d'hyperactivité-impulsivité (HI) qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, tel que caractérisé par I et/ou HI :

- I - **Inattention** : ≥ 6 (à partir de 17 ans : ≥ 5) des 9 symptômes énumérés ont **persisté pendant ≥ 6 mois à un degré incompatible avec le niveau de développement et qui a un impact négatif** direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles.

Exemple de symptôme : " Souvent, il ne suit pas les instructions et ne termine pas ses travaux scolaires, ses tâches ménagères ou ses fonctions sur le lieu de travail (par exemple, il commence une tâche mais perd rapidement sa concentration et se laisse facilement distraire)"

- HI - **Hyperactivité et impulsivité** : ≥ 6 (à partir de 17 ans : ≥ 5) des 9 symptômes énumérés ont **persisté pendant ≥ 6 mois à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un impact négatif** direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles.

Exemple de symptôme : "A souvent du mal à attendre son tour (par exemple, en faisant la queue)"

II

Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents **avant l'âge de 12 ans**.

III

Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents **dans 2 environnements ou plus** (par exemple, à la maison, à l'école)

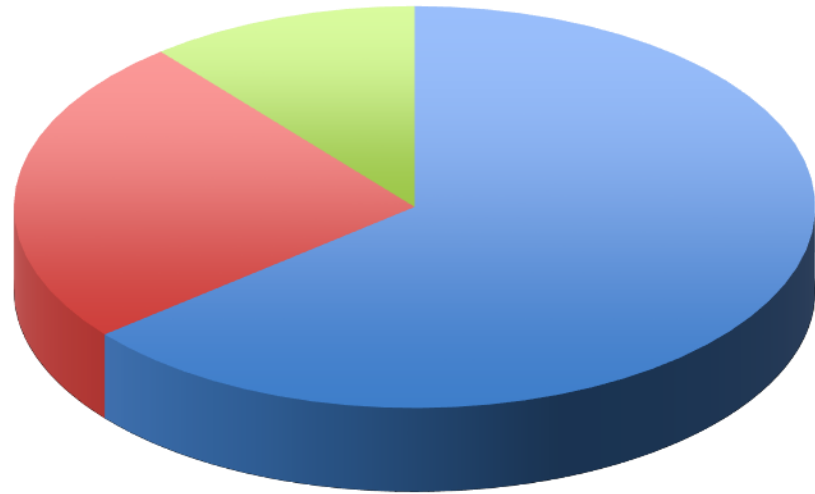
IV

Il existe des preuves claires que les symptômes **interfèrent** avec le fonctionnement social, scolaire ou professionnel ou en réduisent la qualité.

V

Trois présentations : combinée, à prédominance inattentive, à prédominance hyperactive/impulsive.

TDAH : 3 présentations chez l'enfant et l'adulte



- Combiné
- Déficit d'attention
- Hyperactif Impulsif

« Enfant Hyperactif » : abbréviation trompeuse !

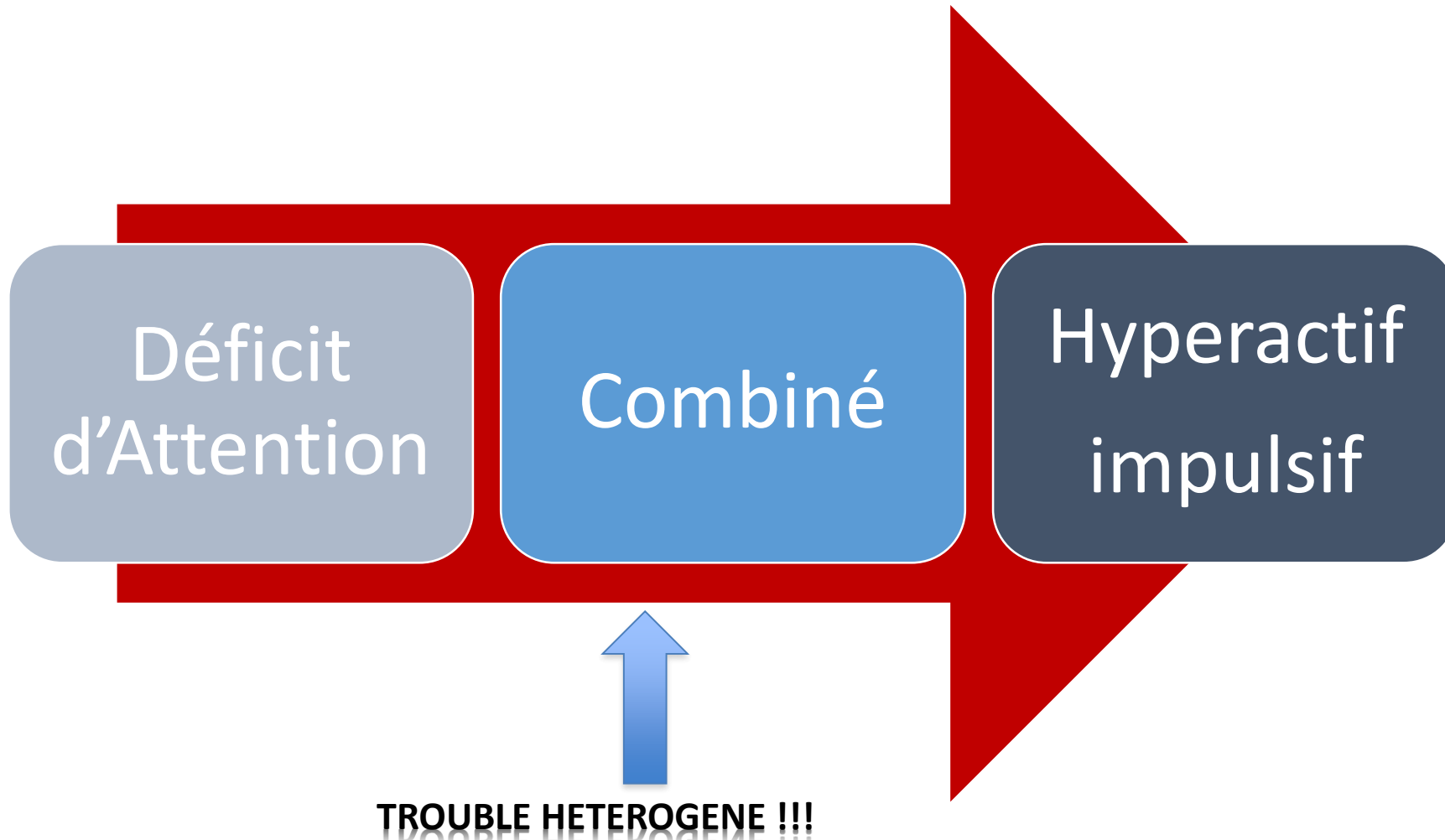
L'inattentif ...



L'hyperactif-impulsif...



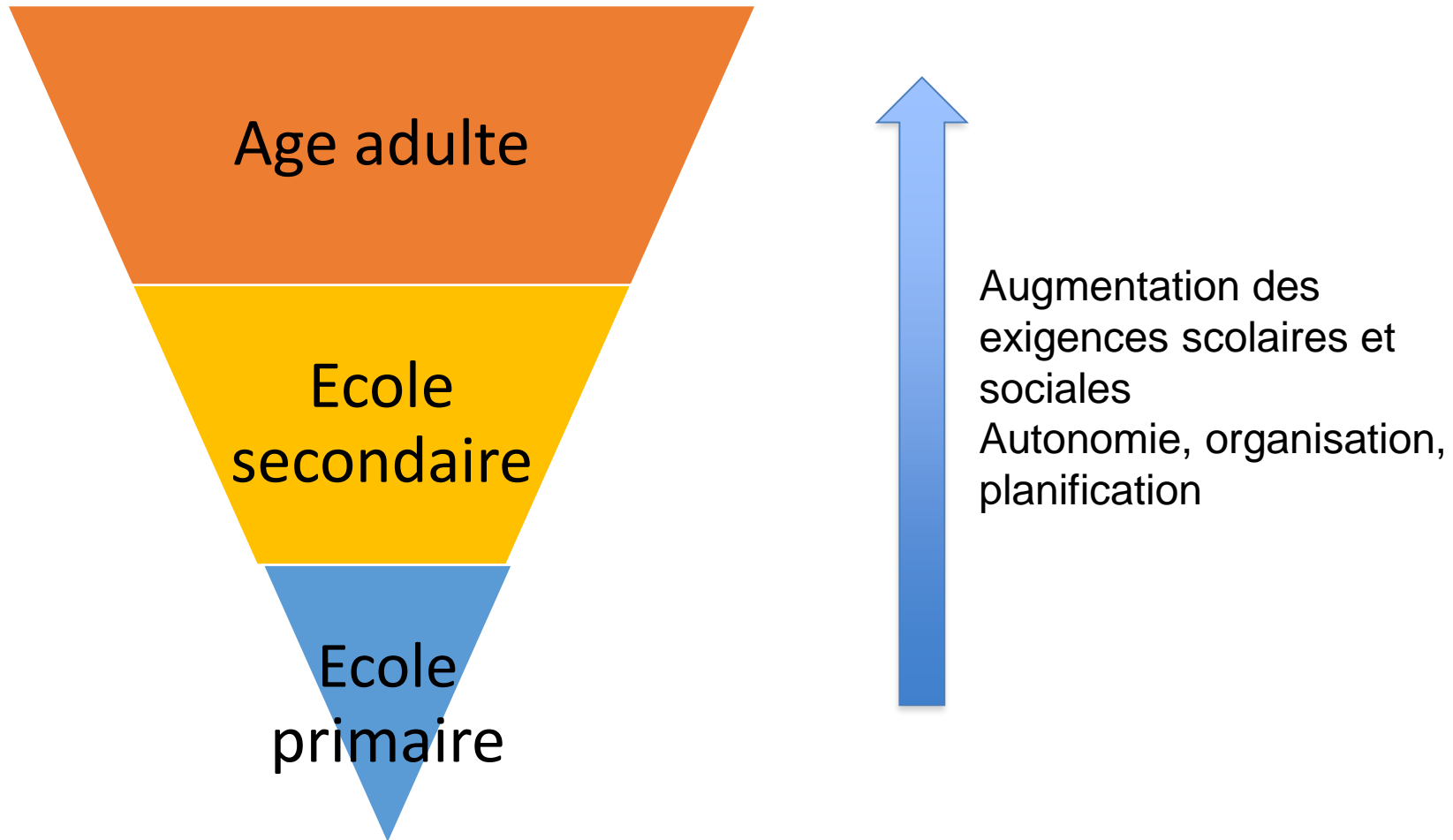
TDAH : un continuum entre 2 extrêmes



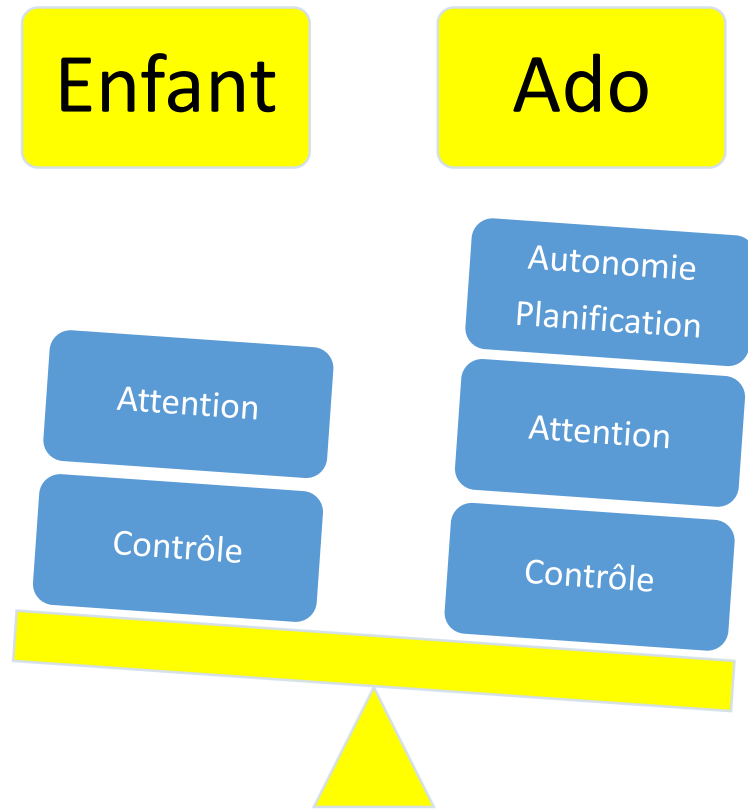
Evolution des symptômes du TDAH au cours du développement

Symptômes	Age scolaire	Adolescence	Conséquences
Hyperactivité	Bougillon Court, saute Gigote Tombe	«Impatience motrice» dans les activités calmes Sensation d' agitation intérieure	Sentiment de nervosité interne Tendance à papillonner dans les tâches sans les terminer
Impulsivité	Impatient Se lève en classe Coupe la parole Se met en danger Crises de colère Bagarres	Décisions impulsives Impulsivité verbale Crises de colère	Renvois scolaires Accidents de la route Prise de risques (sexualité, cannabis, tabac)
Inattention	Distrait par les camarades Rêveur Oublis ++	Difficultés de concentration Rêveur Oublis de rdv etc..+++	Echec scolaire ou professionnel Manque d'estime de soi Procrastination

Modèle de Barkley



Modèle de Barkley



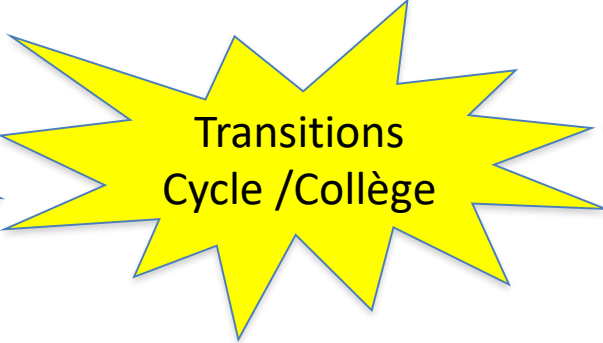
A l'adolescence

- Stop suivi pédiatrique, pédopsychiatrique
- Passage à suivi par généraliste / interniste
- Autonomisation : pas de parent à la consultation
- Période de fragilité

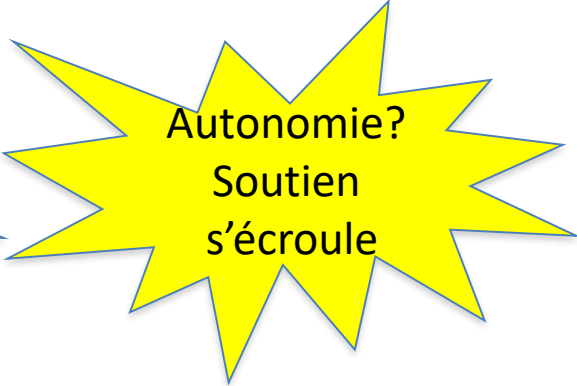
TDAH se révélant à l'adolescence




Souvent
DA
prédominant




Transitions
Cycle /Collège



Autonomie?
Soutien
s'écroule



Péjoration par
tr sommeil
Cannabis ..



Fuite dans
internet, jeux
vidéos



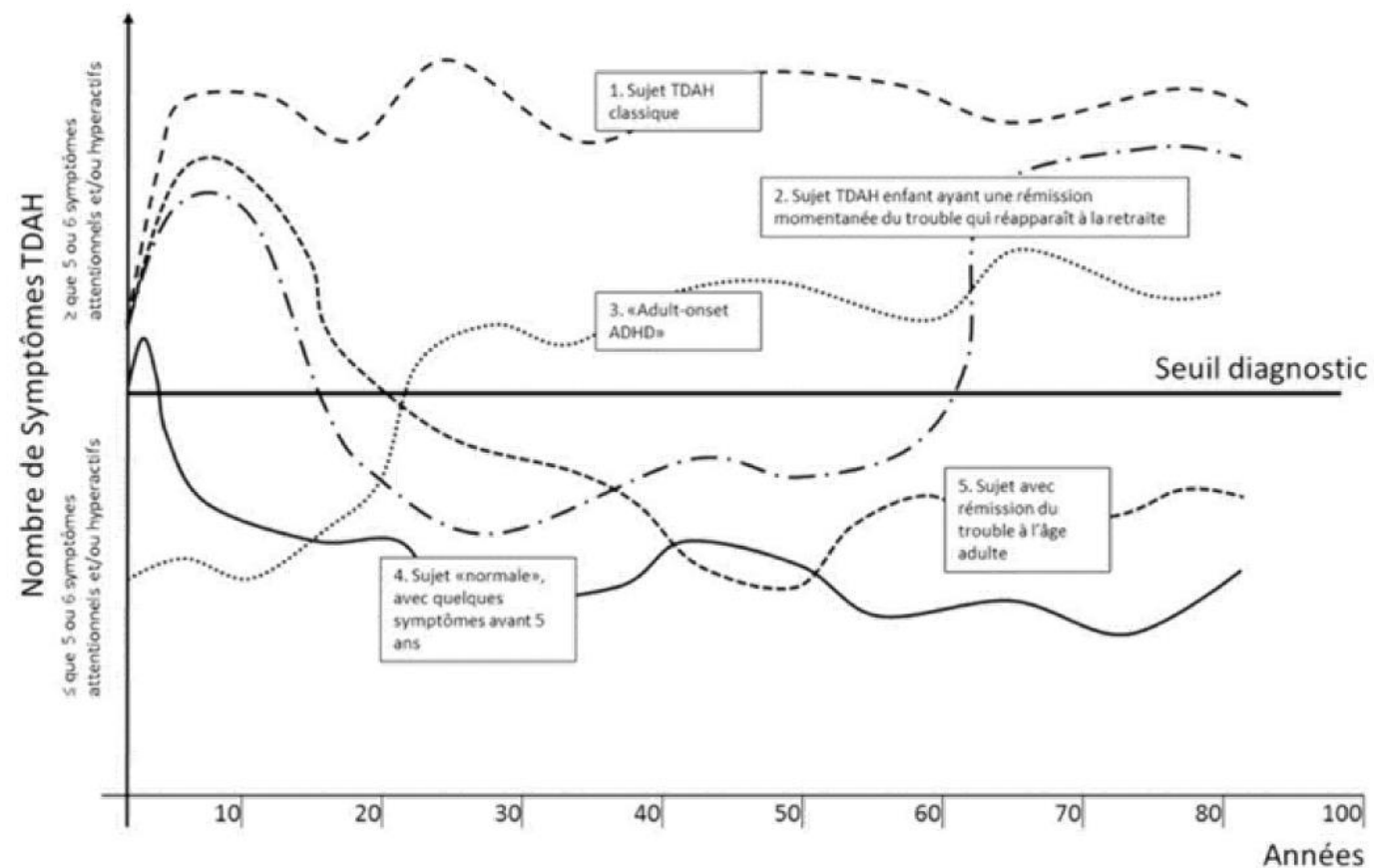
Motivation

Ne pas traiter le TDAH peut avoir des conséquences graves sur le long terme

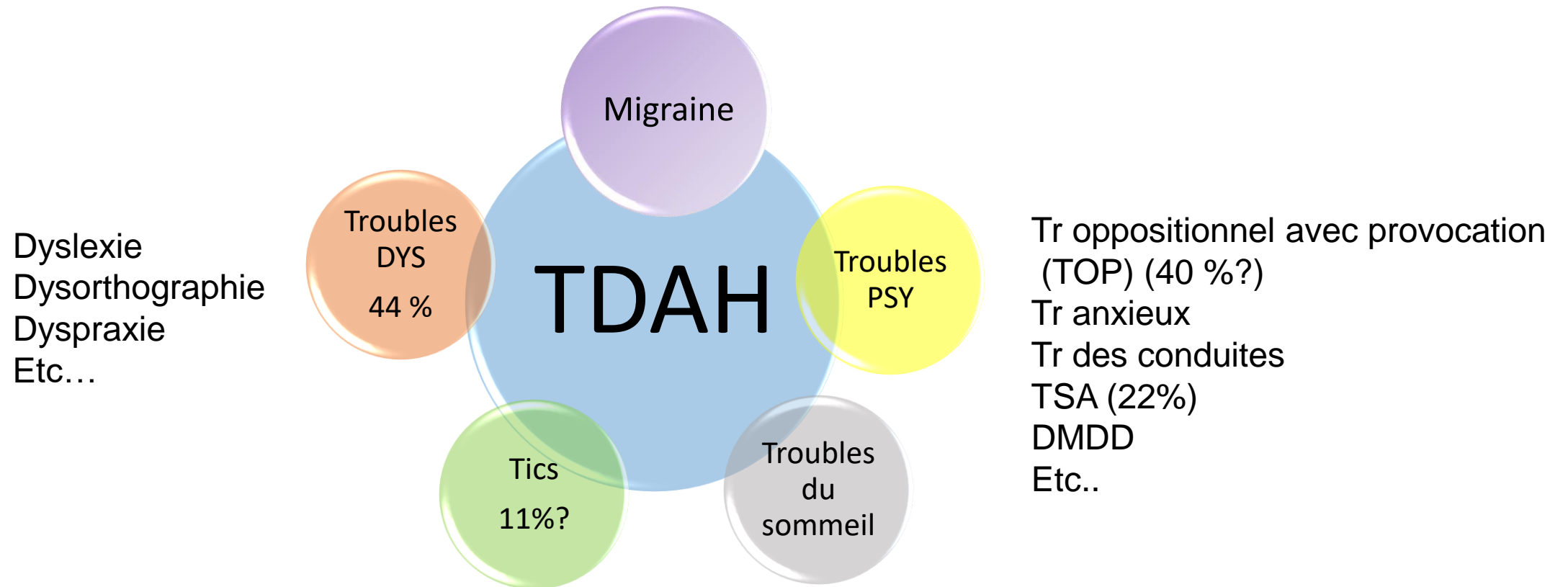


1. American Psychiatric Association. DSM-5 2013;59-66; 2. Barkley & Russell. Major Life Activity and Health Outcomes Associated With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *J Clin Psych* 2002;63:10-15; 3. Cortese et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and Obesity: A Systematic Review of the Literature, *Crit Rev Food Sci Nutr* 2008;48:524-37; 4. Fasmer et al. Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Is Associated With Asthma, *BMC Psychiatry* 2011;11:128; 5. Hughes et al. Differentiating ADHD From Oral Language Difficulties in Children: Role of Movements and Effects of Stimulant Medication, *BMC Psychiatry* 2014;14:370; 6. Kooij et al. European Consensus Statement on Diagnosis and Treatment of Adult ADHD: The European Network Adult ADHD, *BMC Psychiatry* 2010;10:67; 7. Grenwald-Moyes. Relationship Between Current Quality of Life and Family of Origin Dynamics for College Students With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *J Atten Disord* 2002;5:211-22; 8. Gudjonsson et al. The Relationship Between Satisfaction With Life, ADHD Symptoms, and Associated Problems Among University Students, *J Atten Disord* 2009;12:507-15; 9. O'Callaghan, Sharma. Severity of Symptoms and Quality of Life in Medical Students With ADHD, *J Atten Disord* 2014;18:654-58; 10. Lensing et al. Quality of Life in Adults Aged 50+ With ADHD, *J Atten Disord* 2015;19:405-13; 11. Brod et al. Comparison of the Burden of Illness for Adults With ADHD Across Seven Countries: A Qualitative Study, *Health Qual Life Outcomes* 2012;10:47; 12. Aduen et al. Motor Vehicle Driving in High Incidence Psychiatric Disability: Comparison of Drivers With ADHD, Depression, and No Known Psychopathology, *J Psychiatr Res* 2015;64:59-66; 13. Barkley et al. Driving in Young Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Knowledge, Performance, Adverse Outcomes, and the Role of Executive Functioning, *J Int Neuropsychol Soc* 2002;8:655-72; 14. Dalsgaard et al. Mortality in Children, Adolescents, and Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Nationwide Cohort Study, *Lancet* 2015;385:2190-96; 15. Biederman et al. Functional Impairments in Adults With Self-Reports of Diagnosed ADHD: A Controlled Study of 1001 Adults in the Community, *J Clin Psychi-atry* 2006; 67:524-40; 16. Shiffrin et al. Work Performance Differences Between College Students With and Without ADHD, *J Atten Disord* 2010;13:489-496; 17. de Graaf et al. The Prevalence and Effects of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on the Performance of Workers: Results from the WHO; 18. Knecht et al. Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Substance Use Disorders, and Criminality: A Difficult Problem With Complex Solutions, *Int J Adolesc Med health* 2015;27:163-75.;

Le TDAH au fil des âges

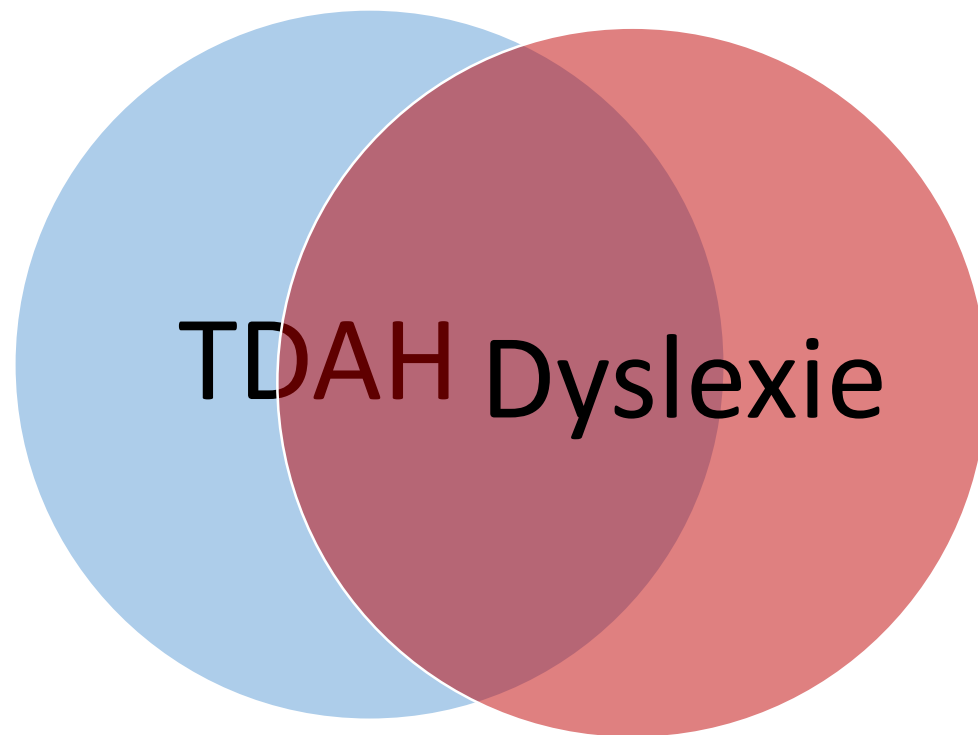


Comorbidités du TDAH enfant / adolescent : la règle plutôt que l'exception

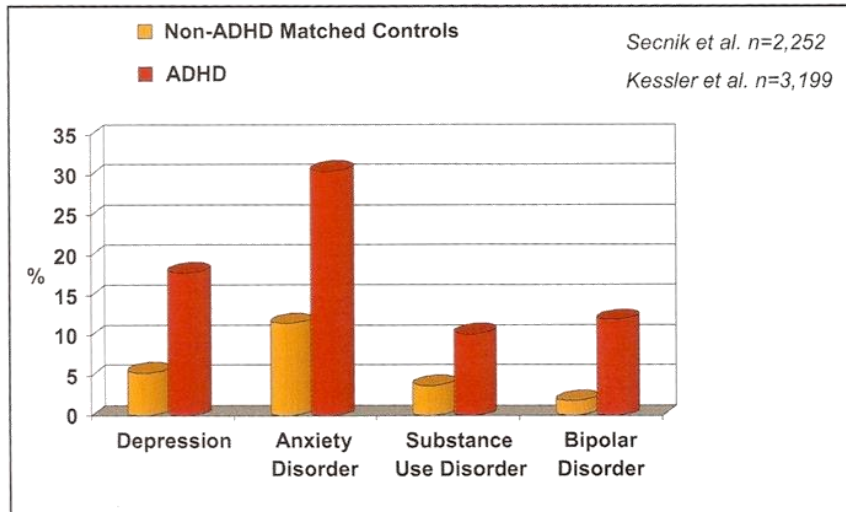




Un trouble peut masquer un autre trouble !



Comorbidités du TDAH chez l'adulte : la règle plutôt que l'exception...comme chez l'enfant

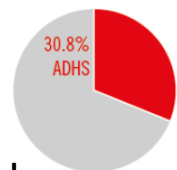


- Plus de 2/3 des patients adultes TDAH avec au moins un trouble psychiatrique supplémentaire

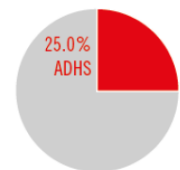
Le TDAH est surreprésenté dans tous les troubles psychiatriques :¹

Et également :

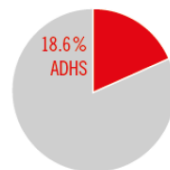
Abus de substances



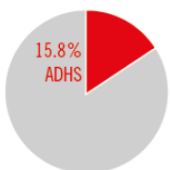
Troubles autistiques



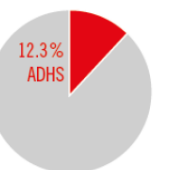
Trouble borderline



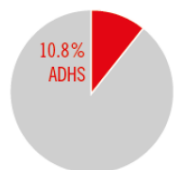
Trouble anxieux



Dépression



Troubles bipolaires



Modified from slide of Pr N. Perroud

1. Deberdt W et al, Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC) : A multinational cross-sectional study in Europe. BMC Psychiatry 2015. 15:242.; 2. Piñero-Dieguez B et al. Psychiatric Comorbidity at the Time of Diagnosis in Adults With ADHD : The CAT Study. J Atten Disord, 2016. 20(12) : p. 1066 – 1075.

2 situations différentes chez l'adulte

TDAH de l'enfance qui persiste

- avec poursuite du suivi médical
- avec une pause dans le suivi médical

Diagnostic de TDAH uniquement à l'âge adulte

- suite à des difficultés liées au TDAH
- suite à des co-morbidités
- suite au diagnostic chez un enfant

Troubles du sommeil dans le TDAH : enfant / adulte

- Problématique complexe-relations multiples
- Effet secondaire des médicaments stimulants
- Rôle des co-morbidités psychiatriques
- Manifestations diurnes de troubles du sommeil (par exemple l'apnée obstructive du sommeil) peuvent « mimer » TDAH ou exacerber TDAH.
- Dysrégulation intrinsèque du sommeil peut exister dans le TDAH (décalage de phase : DLMO décalée par rapport contrôles)



Migraines et céphalées dans le TDAH



- Migraines plus fréquentes dans la population TDAH ^{1, 2, 3, 4}
- Peuvent augmenter ou diminuer sous traitement psychostimulant
- Amélioration des symptômes possible en changeant de catégorie de psychostimulant ou passage à non-stimulant
- Utilité d' un traitement prophylactique des migraines en plus du tt du TDAH

Chaque patient TDAH est différent



....Ce qui génère parfois des pièges dans l'évaluation clinique ...

Pièges cliniques

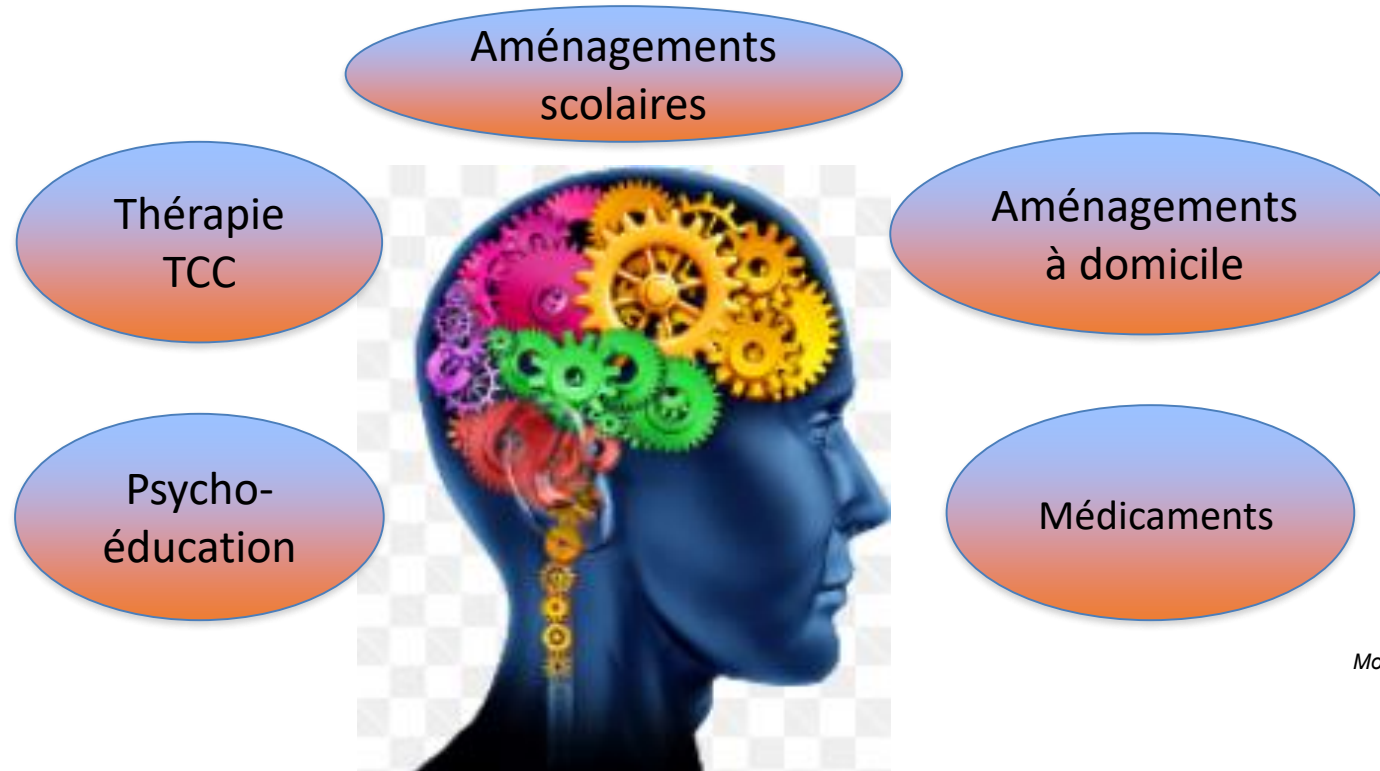
- **Est-ce le bon diagnostic? Quel bilan?**
 - bilans neuropsychologiques ?
 - questionnaires?
- **Comorbidités**
 - au moment du diagnostic
 - au cours de l'évolution
- **Evolution du trouble avec la croissance**

Pièges thérapeutiques

- **Est-ce le bon traitement ?**
- **Est-ce le bon dosage ?**
- **Gestion des effets secondaires**
- **Faut-il un traitement combiné ?**
- **Faut-il traiter les comorbidités ?**
- **Quelle place pour la psychoéducation et la mise en place d'aménagements?**

Chez l'enfant / ado: traitement médicamenteux seulement si nécessaire

- En principe seulement **lorsque les stratégies non médicamenteuses n'ont pas suffi** et s'il y a **un impact sur qualité de vie.**
- Favorise le succès de l'enseignement personnalisé, de la psychothérapie, et des autres thérapies.



Modifié d'après TDAH Belgique

TDAH ados : ne pas les lâcher!!!

- **Importance du suivi**
- Surveiller évolution? TTT encore nécessaire ?
- Gestion des effets secondaires du TTT
- **Compréhension des difficultés résiduelles**
- Apparition d'autres problèmes ?
- **Compliance** ...et bienveillance !!!
- Choix d'orientation professionnelle
- Aménagements pour examens
- Passage à prise en charge pour adultes

TDAH: pas de profil neuropsychologique typique pour le diagnostic

ADHD Atten Def Hyp Disord (2014) 6:241–248
DOI 10.1007/s12402-014-0132-3

REVIEW ARTICLE

Utility of cognitive neuropsychological assessment in attention-deficit/hyperactivity disorder

Klaus W. Lange · Joachim Hauser · Katharina M. Lange ·
Ewelina Makulska-Gertruda · Tomoyuki Takano ·
Yoshihiro Takeuchi · Lara Tucha · Oliver Tucha

- While patients with ADHD, at group level, may differ from healthy participants in regard to cognitive functioning, **there is no distinct psychometric cognitive test or profile allowing an individual diagnosis of ADHD or the identification of subtypes according to DSM.**
- Psychometric neuropsychological tests may provide a precise description of the cognitive problems **in individual patients** and offer specific information for individualized treatment planning.

Les questionnaires : utiles mais à utiliser de façon appropriée...

RESEARCH UPDATE REVIEW

Ten-Year Review of Rating Scales. V: Scales Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder


BRENT R. COLLETT, PH.D., JENEVA L. OHAN, PH.D., AND KATHLEEN M. MYERS, M.D., M.P.H.

First, high scores on rating scales **do not equate to diagnosis**, and rating scales **do not substitute for diagnostic evaluation**.

(...) However, these scales have high face validity, and it is **not difficult for a parent or teacher who believes that a youth has/does not have ADHD to communicate that impression to the clinician**. Clinical judgment is required to integrate these perceptions into the larger comprehensive assessment.

When **used appropriately**, these ADHD specific rating scales have the potential to improve clinical assessment, diagnostic determination, treatment monitoring, and, ultimately, accountability in practice.

ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents

Renate Drechsler¹ Silvia Brem^{1,2} Daniel Brandeis^{1,2,3,4} Edna Grünblatt^{1,2,4} Gregor Berger¹
Susanne Walitza^{1,2,4} 

The use of informant rating scales, such as Conners' Rating Scales, 3rd edition,⁹⁴ or the Strengths and Difficulties Questionnaire⁹⁵ may be useful, but **diagnosis should not be solely based on rating scales** (NICE, AWFM ADHD).



... Mais le diagnostic reste avant tout clinique.

The management of ADHD in children and adolescents:
bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD
Guidelines Group (EAGG)

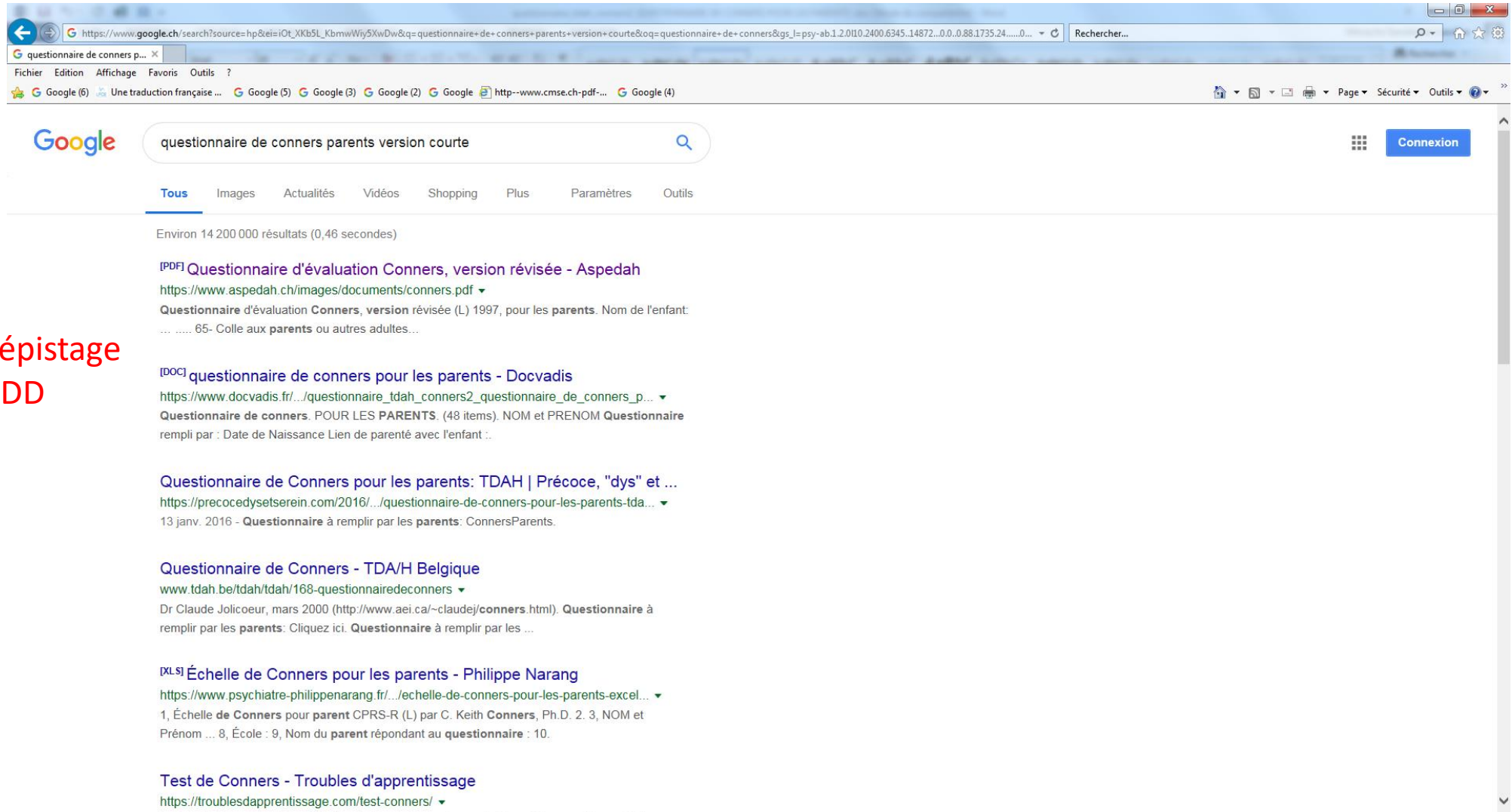
Similarities across guidelines

In summary, in relation to assessment and diagnosis
(...)

- All guidelines agree that the **clinical interview and direct observations**, including **assessments of impairment**, **physical and psychiatric comorbidity**, and **family history**, provide the basis to establish a diagnosis.
- **Rating scales** are recommended as **auxiliary diagnostic tools** and as systematic outcome measures in treatment monitoring, rather than as the gold standard for the diagnosis.
- **Neuropsychological assessment** is **not considered to be essential to establish the diagnosis**, even though it can **provide useful information** to better tailor the management

Vous pouvez quand même utiliser : Conners version révisée parents/ enfants

Utiles pour dépistage
Attention au DD



The screenshot shows a Google search results page for the query "questionnaire de conners parents version courte". The search bar at the top contains the text "questionnaire de conners parents version courte". Below the search bar, there are several search results listed. The first result is a PDF document titled "Questionnaire d'évaluation Conners, version révisée - Aspedah" with the URL "https://www.aspedah.ch/images/documents/conners.pdf". The second result is a document titled "questionnaire de conners pour les parents - Docvadis" with the URL "https://www.docvadis.fr/.../questionnaire_tdah_conners2_questionnaire_de_conners_p...". The third result is a document titled "Questionnaire de Conners pour les parents: TDAH | Précoce, 'dys' et ..." with the URL "https://precocedysetserain.com/2016/.../questionnaire-de-conners-pour-les-parents-tda...". The fourth result is a document titled "Questionnaire de Conners - TDA/H Belgique" with the URL "www.tdah.be/tdah/tdah/168-questionnairedeconners". The fifth result is a document titled "Échelle de Conners pour les parents - Philippe Narang" with the URL "https://www.psychiatre-philippenarang.fr/.../echelle-de-conners-pour-les-parents-excel...". The sixth result is a document titled "Test de Conners - Troubles d'apprentissage" with the URL "https://troubledapprentissage.com/test-conners/".

questionnaire de conners parents version courte

Environ 14 200 000 résultats (0,46 secondes)

[PDF] Questionnaire d'évaluation Conners, version révisée - Aspedah
<https://www.aspedah.ch/images/documents/conners.pdf>
Questionnaire d'évaluation Conners, version révisée (L) 1997, pour les parents. Nom de l'enfant: 65- Colle aux parents ou autres adultes...

[DOC] questionnaire de conners pour les parents - Docvadis
https://www.docvadis.fr/.../questionnaire_tdah_conners2_questionnaire_de_conners_p...
Questionnaire de conners. POUR LES PARENTS. (48 items). NOM et PRENOM Questionnaire rempli par : Date de Naissance Lien de parenté avec l'enfant ..

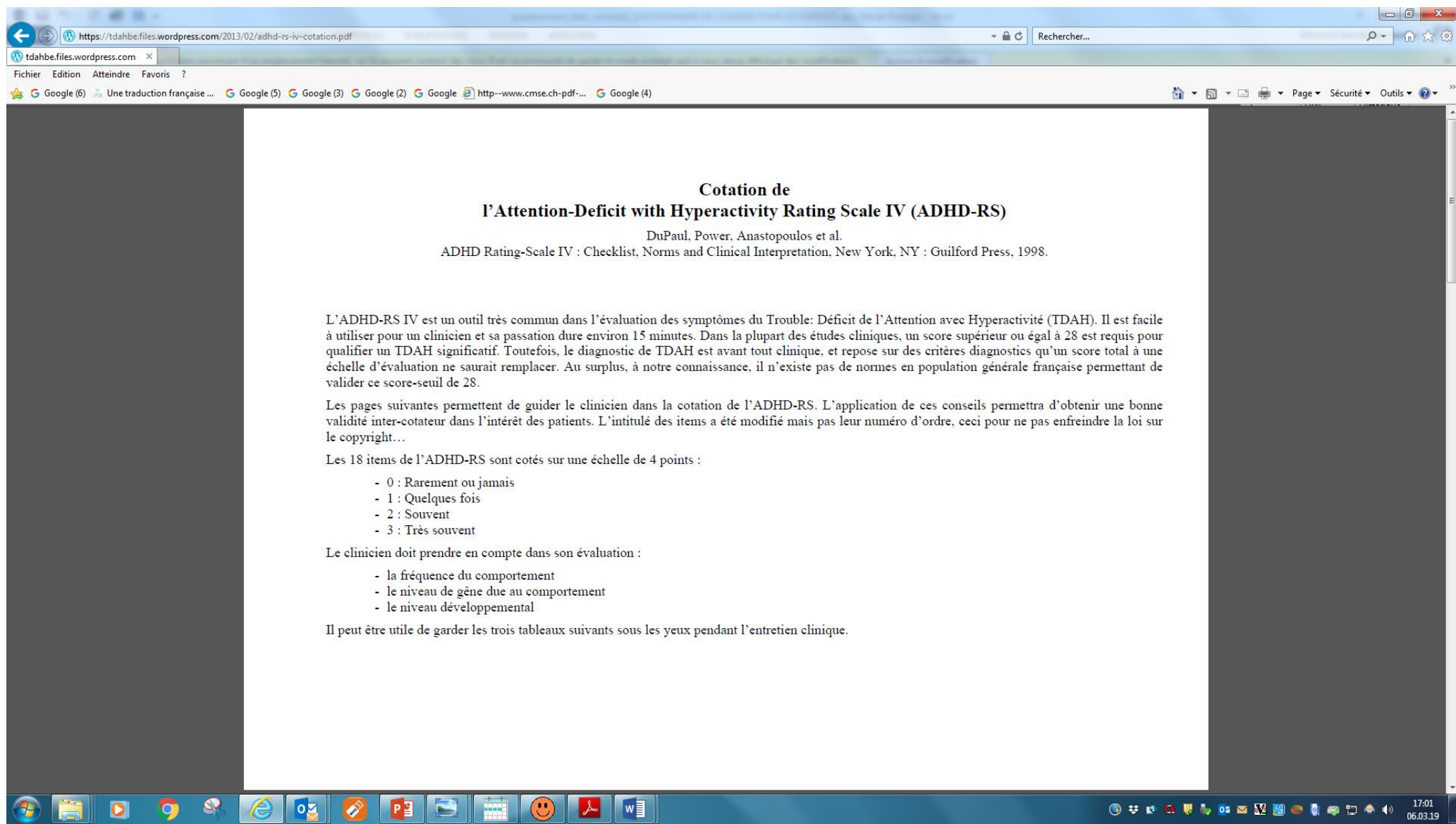
Questionnaire de Conners pour les parents: TDAH | Précoce, "dys" et ...
<https://precocedysetserain.com/2016/.../questionnaire-de-conners-pour-les-parents-tda...>
13 janv. 2016 - Questionnaire à remplir par les parents: ConnersParents.

Questionnaire de Conners - TDA/H Belgique
www.tdah.be/tdah/tdah/168-questionnairedeconners
Dr Claude Jolicoeur, mars 2000 (<http://www.aei.ca/~claudej/conners.html>). Questionnaire à remplir par les parents: Cliquez ici. Questionnaire à remplir par les ...

[XLS] Échelle de Conners pour les parents - Philippe Narang
<https://www.psychiatre-philippenarang.fr/.../echelle-de-conners-pour-les-parents-excel...>
1, Échelle de Conners pour parent CPRS-R (L) par C. Keith Conners, Ph.D. 2. 3, NOM et Prénom ... 8, École : 9, Nom du parent répondant au questionnaire : 10.

Test de Conners - Troubles d'apprentissage
<https://troubledapprentissage.com/test-conners/>

ADHD RS (sans copyright...)



The image shows a screenshot of a web browser window. The address bar displays the URL: <https://tdahbe.files.wordpress.com/2013/02/adhd-rs-iv-cotation.pdf>. The browser's menu bar includes 'Fichier', 'Edition', 'Atteindre', and 'Favoris'. The toolbar shows several Google search engines and other utility icons. The main content area of the browser displays a document with the following text:

**Cotation de
l'Attention-Déficit with Hyperactivity Rating Scale IV (ADHD-RS)**
DuPaul, Power, Anastopoulos et al.
ADHD Rating-Scale IV : Checklist, Norms and Clinical Interpretation, New York, NY : Guilford Press, 1998.

L'ADHD-RS IV est un outil très commun dans l'évaluation des symptômes du Trouble: Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH). Il est facile à utiliser pour un clinicien et sa passation dure environ 15 minutes. Dans la plupart des études cliniques, un score supérieur ou égal à 28 est requis pour qualifier un TDAH significatif. Toutefois, le diagnostic de TDAH est avant tout clinique, et repose sur des critères diagnostics qu'un score total à une échelle d'évaluation ne saurait remplacer. Au surplus, à notre connaissance, il n'existe pas de normes en population générale française permettant de valider ce score-seuil de 28.

Les pages suivantes permettent de guider le clinicien dans la cotation de l'ADHD-RS. L'application de ces conseils permettra d'obtenir une bonne validité inter-cotateur dans l'intérêt des patients. L'intitulé des items a été modifié mais pas leur numéro d'ordre, ceci pour ne pas enfreindre la loi sur le copyright...

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

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

Le clinicien doit prendre en compte dans son évaluation :

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

Il peut être utile de garder les trois tableaux suivants sous les yeux pendant l'entretien clinique.

The Windows taskbar at the bottom of the screen shows the time as 17:01 on 06.03.19, along with various system icons and application shortcuts.

Et : Questionnaires chez l'adulte

Utile pour dépistage
Attention aux DD

**Adult ADHD Self-Report Screening Scale for DSM-5
ASRS-5**

Version Française traduite par Stéphanie Baggio et Nader Perroud

Pour répondre, faites un "X" dans la case qui correspond le plus à comment vous vous êtes senti(e) ou conduit(e) au cours des six derniers mois. Veuillez par la suite remettre cette liste, complétée, à votre professionnel de la santé lors de votre prochain rendez-vous pour discuter avec lui des résultats.

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	TRÈS SOUVENT
1. À quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous concentrer sur ce que les gens vous disent, même lorsqu'ils vous parlent directement ?					
2. À quelle fréquence vous levez-vous pendant des réunions ou d'autres situations dans lesquelles vous êtes censé(e) rester assis ?					
3. À quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous détendre et à vous relaxer pendant votre temps libre ?					
4. À quelle fréquence vous surprenez-vous terminant les phrases des autres dans une discussion avant qu'ils aient pu le faire eux-mêmes ?					
5. À quelle fréquence mettez-vous les choses de côté jusqu'à la dernière minute ?					
6. À quelle fréquence dépendez-vous des autres pour garder votre vie en ordre et s'occuper des détails ?					

Enfant et/ou adolescent, j'étais (ou j'avais)

	Pas du tout ou très léger	Légèrement	Modérément	Assez	Beaucoup
3. Des problèmes de concentration. J'étais facilement distrait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anxieux. Je me faisais du souci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nerveux. Je ne tenais pas en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Inattentif(ve), rêveur(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Facilement en colère, « soupe au lait »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Des éclats d'humeur, des accès de colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Des difficultés à me tenir aux choses, à mener mes projets jusqu'à la fin, à finir les choses commencées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Têtue, obstiné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Triste ou cafardeux(se), déprimé(e), malheureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Désobéissant(e) envers mes parents, rebelle, effronté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mauvaise opinion de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. D'humeur changeante avec des hauts et des bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. En colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impulsif(ve). J'agissais sans réfléchir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tendance à être immature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. (In)stabilité(s) relationnelle de parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>






TDAH : importance des observations scolaires

Appréciation de la maîtresse de classe : <i>Mme CHAPTAL</i>	Les résultats de l'élève ont baissé en cette deuxième période en raison du comportement en classe et d'une attitude de travail négligente. Il manque de concentration en cours et est très bavard ce qui l'empêche de saisir les informations nécessaires afin de bien réussir ses évaluations. De plus, il fait preuve d'une mauvaise gestion de son matériel qui a pour conséquence ses multiples annotations pour oubli ou travail non fait. Nous l'encourageons à travailler de manière plus soignée et rigoureuse et à changer son comportement en étant plus sérieux et mature en classe.
--	--

Et insister sur observations par des «tiers» à tout âge :
parents, conjoints etc...Aussi au cours du suivi !

Revisiting ADHD age-of-onset in adults: to what extent should we rely on the recall of childhood symptoms?

Published online by Cambridge University Press: 10 April 2019

V. Breda , L. A. Rohde , A. M. B. Menezes, L. Anselmi, A. Caye, D. L. Rovaris, E. S. Vitola,
C. H. D. Bau and E. H. Grevet 

Show author de

A l'âge de 22 ans: 55.4% de précision

TDAH : quand le soupçonner ?



Enfant / ado

- Critères du DSM-5
- Echec scolaire
- Lenteur
- Démotivation / « paresse »
- Procrastination (ados)
- Crises de colère / impulsivité / difficultés à gérer frustrations
- AF de TDAH

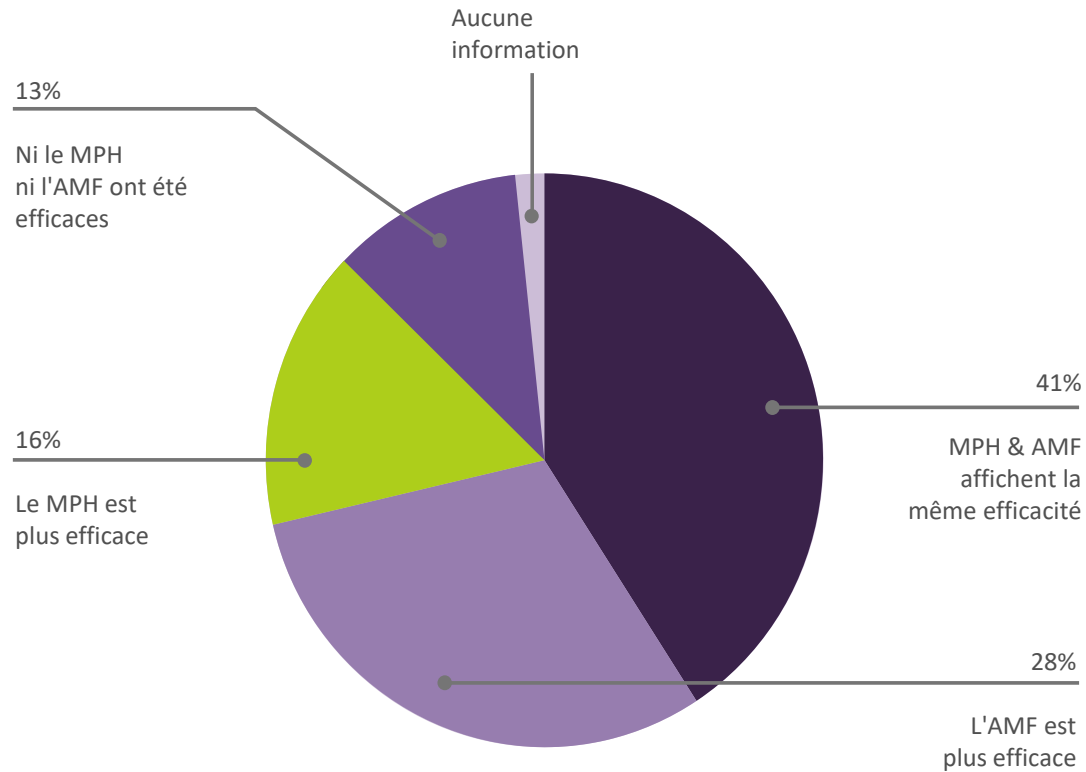
Adulte

- Critères du DSM-5
- Burn out
- Instabilité professionnelle
- Procrastination
- Efficace seulement sous stress
- Comportements à risque
- AF de TDAH

Attention aux diagnostics différentiels !!!

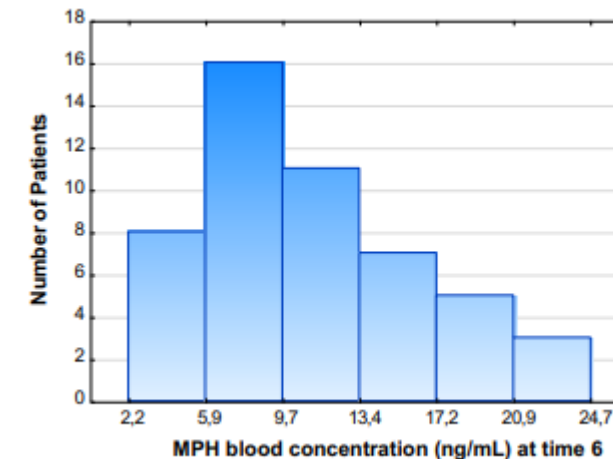
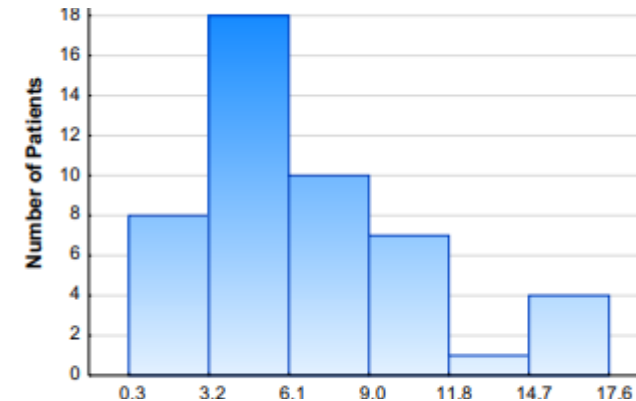
La réponse clinique aux différents psychostimulants est individuelle¹

Et les posologies nécessaires sont variables selon les patients



Methylphenidate for Treating ADHD: A Naturalistic Clinical Study of Methylphenidate Blood Concentrations in Children and Adults With Optimized Dosage

Maria D. Chermá^{1,2} · Martin Josefsson^{1,3} · Irene Rydberg⁴ · Per Woxler⁵ · Tomas Trygg⁵ · Olle Hollertz⁶ · Per A. Gustafsson⁷



¹. Arnold LE. Methylphenidate vs. amphetamine: Comparative review. *J Atten Disord* 2000; 3: 200-211

Adapter le traitement et le suivi en fonction des besoins



Designed by freepick

Besoins

1. Quotidien ou intermittent (ex: uniquement pour les examens)?
2. En classe ou à la maison? Parents séparés...schéma différent ?
3. En journée ou en soirée?
4. Nécessaire pour le sport, la conduite?
5. Quid des consommation OH, cannabis...
6. **Formes à libération rapide ou prolongées ? Mélanger les deux formes ?**

Surveillance et contrôle

1. Suivi régulier : fréquent au début (titrage), annuel par la suite
2. But du suivi: adaptation de la posologie (à la croissance, aux changements environnementaux), passage à une forme retard, changement de médicament si nécessaire, **tenter un arrêt de la médication si désiré**, passage à prise en charge pour adultes
3. Suivi croissance, TA, FC

Directives pour le traitement pharmacologique de l'enfant et l'adolescent présentant un TDAH^{1,2,3,4}



DIRECTIVES ALLEMANDES S3¹



CADDRA²



NICE³

Options de 1 ^{ère} ligne	Options de 2 ^{ème} ligne	Options de 3 ^{ème} ligne
<ul style="list-style-type: none"> Méthylphénidate 	<ul style="list-style-type: none"> Lisdexamphétamine Dexamphétamine 	<ul style="list-style-type: none"> Atomoxétine Guanfacine
Stimulants à durée d'action courte ou longue	Si réponse inadéquate au MPH	Non-stimulants
<ul style="list-style-type: none"> Méthylphénidate Lisdexamphétamine* Sels mixtes d'amphétamine 	<ul style="list-style-type: none"> Méthylphénidate Dexamphétamine 	<ul style="list-style-type: none"> Hors AMM
Stimulants à durée d'action longue	Stimulants à durée d'action courte ou moyenne	
<ul style="list-style-type: none"> Méthylphénidate 	<ul style="list-style-type: none"> Lisdexamphétamine, 	<ul style="list-style-type: none"> Dexamphétamine** Atomoxétine Guanfacine
Stimulants à durée d'action courte ou longue	Si un traitement sur 6 semaines avec du MPH à une dose adaptée échoue	Stimulant ou non stimulants à durée d'action moyenne

*En Suisse, Elvanse® (lisdexamphétamine-dimésylate) est uniquement approuvé après un traitement par méthylphénidate jugé cliniquement inadapté⁴.

**En Suisse, DexAMP est approuvé en 2nd ligne

Informations relatives à la prescription des différents produits disponibles sur: www.swissmedinfo.ch

1. Directives allemandes S3 pour le TDAH chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte 2018. Disponible sur: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf; 2. Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA): Lignes directrices canadiennes sur le TDAH, 4e édition, 2018. Disponible sur: <https://www.caddra.ca/canadian-adhd-practice-guidelines/>; 3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité: diagnostic et prise en charge. Directives NICE [NG87], 2018. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>; 4. Information posologique d'Elvanse®, disponible sur www.swissmedinfo.ch, Mise à jour de l'information: mars 2017.

Traitements TDAH

1ère ligne et 2ème ligne en Suisse

- **Traitements de 1ère ligne**

- **1ère classe de psychostimulant**

- **Méthylphénidate** (Ritaline[®], Ritaline[®] LA, Concerta[®], Medikinet[®], Medikinet[®] MR, Equasym[®] XR)
- **Dexméthylphénidate** (Focalin[®] XR)

Chez l'adulte uniquement Focalin XR et Medikinet MR sont remboursés

- **Traitements de 2ème ligne**

- **2ème classe de psychostimulant**

- **Lisdexamphétamine** (Elvanse[®])
- **Dexamphétamine** (Attentin[®])

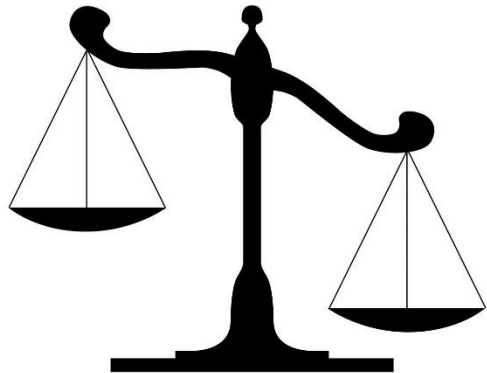
- **Traitements non-psychostimulants:**

- **Atomoxétine** (Strattera[®])
- **Guanfacine** (Intuniv[®])

Chez l'adulte uniquement Elvanse et Strattera sont remboursés

L'objectif du traitement est une réponse optimale

Réponse optimale :
Disparition ou diminution des
symptômes
et amélioration de la qualité de vie
avec le moins d'effets secondaires
possibles



Médicaments disponibles en Suisse

Traitements psychostimulants

- 1ere classe de psychostimulant
 - **Méthylphénidate** (Ritaline[®], Ritaline[®] LA, Concerta[®], Medikinet[®], Medikinet[®] MR, Equasym[®] XR)
 - **Dexméthylphénidate** (Focalin[®] XR)
- 2eme classe de psychostimulant
 - **Lisdexamphétamine** (Elvanse[®])
 - **Dexamphétamine** (Attentin[®])

Traitements non stimulants

- **Atomoxétine** (Strattera[®])
- **Guanfacine** (Intuniv[®])

Méthylphénidate : posologies

- 1 mg/kg/j, parfois plus...ou moins...
- **Variabilité** très importante interindividuelle de l'absorption et du métabolisme (Kimko et al,)
- Débuter par faibles doses : courte durée d'action ou forme retard ! Paliers d'une semaine.
- Titrer en fonction de la réponse et des effets sec.
- Ttt à la carte en fonction du patient et ses activités
- **Probl des cp à avaler versus capsules à ouvrir !**
- **Association formes retard et courte durée possible**

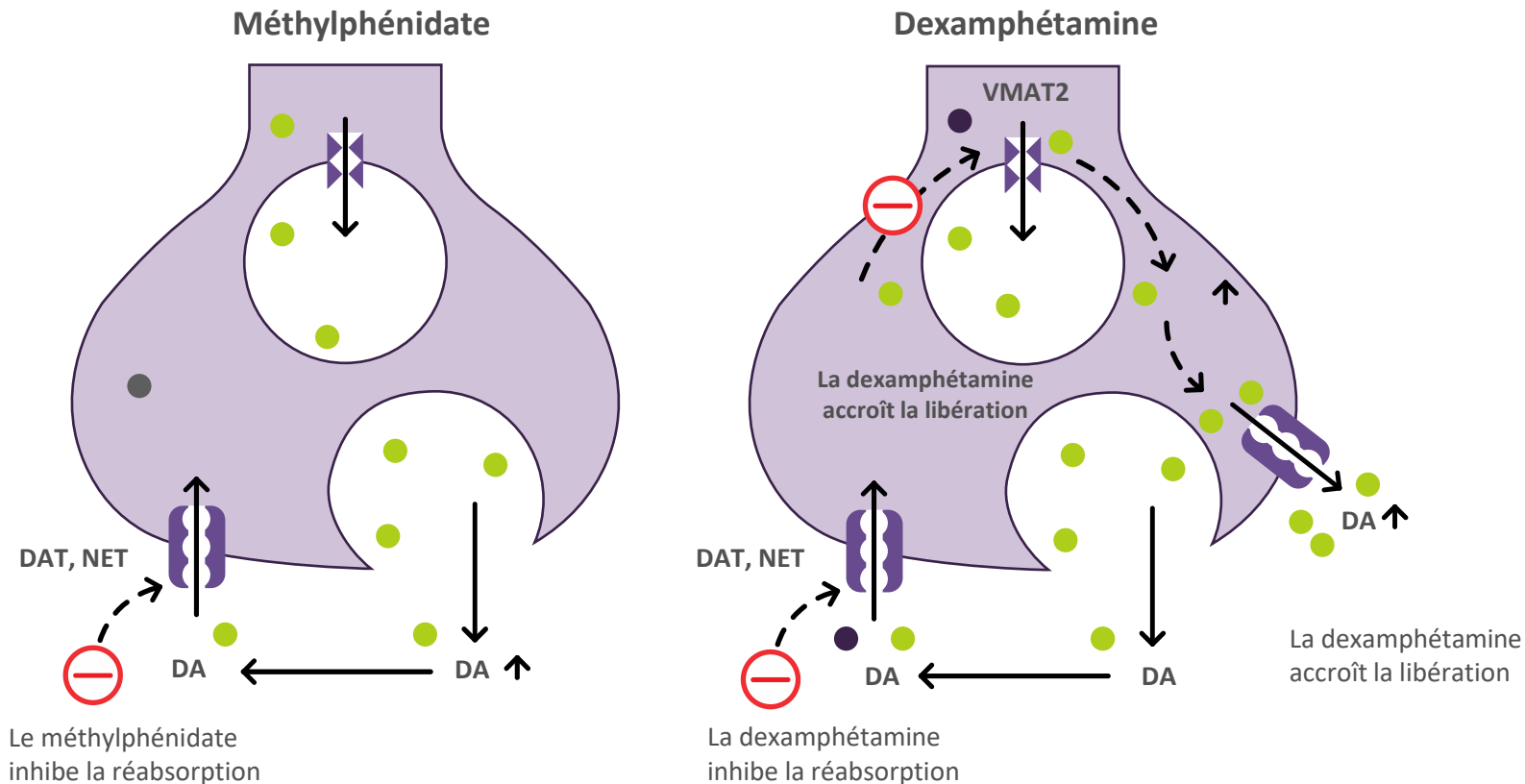


Dexmethylphenidate (Focalin[®] XR)

- Isomère **dextrogyre** du méthylphenidate
- Est environ 2x plus puissant que le mélange racémique
- Efficace à la **moitié de la posologie**
- Réduction possible des effets secondaires digestifs et des céphalées, tics, autres...
- Mélange de forme à libération instantanée (50 %) et retardée (50 %)
- Pic à environ 1.5 heures et à 6.5 heures
- Durée d' action : environ 8 h00

Le méthylphénidate et la dexamphétamine présentent des mécanismes d'action similaires mais différents¹

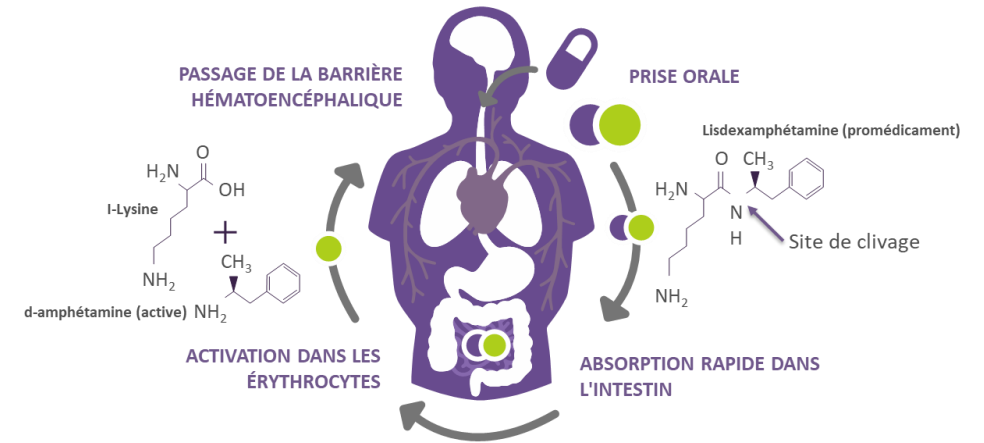
«Des différences en termes de voies métaboliques et de mode d'action entre le méthylphénidate (MPH) et l'amphétamine (AMF), le génotype d'un individu et la pathophysiologie du TDAH peuvent être des facteurs importants dans la détermination de la réponse d'un individu aux différents stimulants.»









DA: Dopamine DAT: transporteur de la dopamine NET: transporteur de la noradrénaline VMAT2: transporteur vésiculaire des monoamines type 2

Lisdexamphétamine (Elvanse®)

- Forme de longue durée : **13 heures post-dose**¹
- **Prodrogue**^{2,3} → activation dans les globules rouges :
 - Très faible risque d'abus possible,
 - Métabolisme plus stable,
 - Dexamphétamine passe 1^{er} passage hépatique
- Posologie : difficile de donner équivalent MPH
- Effets sec : comme MPH (vertiges ?)
- Indication : 2^{ème} ligne
- **Capsule : peut être ouverte**



Dose de lisdexamphétamine, promédicament	Dose de dexamphétamine après hydrolyse du promédicament
 20 mg	Dose initiale si indiquée → 5,9 mg
 30 mg	Dose initiale standard → 8,9 mg
 40 mg	→ 11,9 mg
 50 mg	→ 14,8 mg
 60 mg	→ 17,8 mg
 70 mg	Dose maximale/jour → 20,8 mg

Informations relatives à la prescription disponibles sur: www.swissmedicinfo.ch

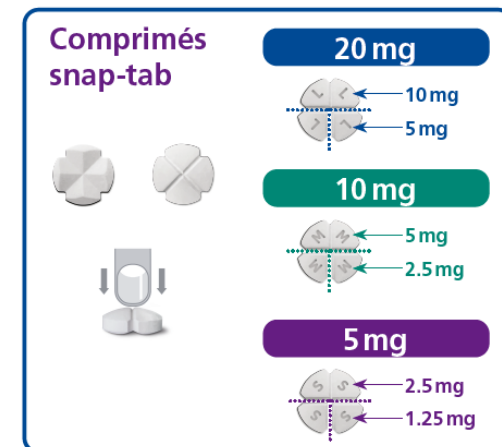
1. Wigal SB et al. A 13-hour laboratory school study of lisdexamfetamine dimesylate in school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2009; 3: 17.

2. Pennick M. Absorption of Lisdexamfetamine Dimesylate and Its Enzymatic Conversion to D-Amphetamine. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010; 6: 317–27

3. Sharman J. and Pennick M. Lisdexamfetamine prodrug activation by peptidase-mediated hydrolysis in the cytosol of red blood cells. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014; 10: 2275–2280.

Dexamphétamine (Attentin®)

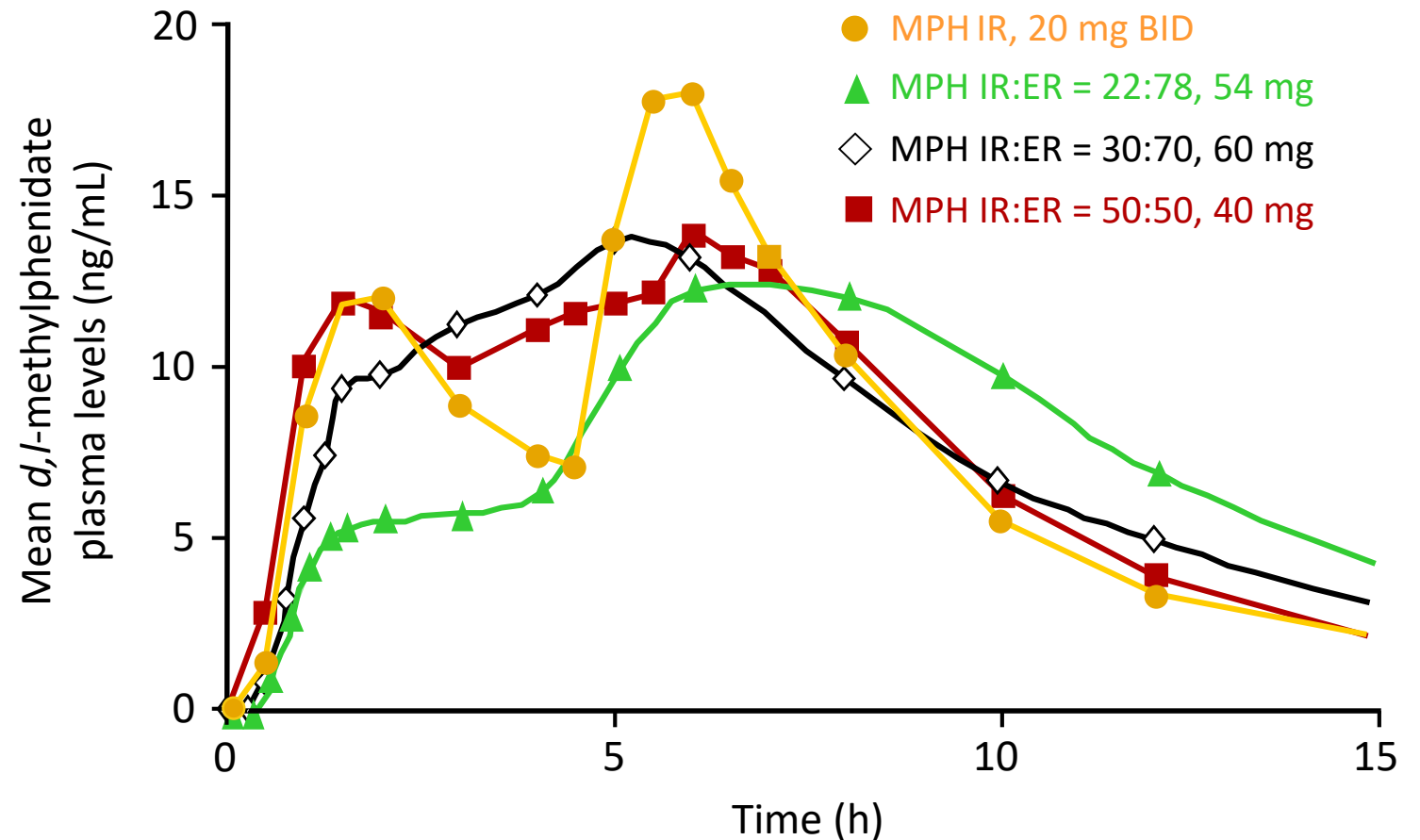
- Hémisulfate de dexamphétamine
- Comprimés à 5 mg, 10 mg et 20 mg
- Action en 30 min , durée 4-6.5h
- Prise 1 ou 2 ou 3 x /j selon besoin
- Les cp se coupent en 4 : possibilité de débiter par 1.25 mg
- Recommandation : augmentation posologie de 5mg/sem
- Max 20 à 40 mg /j selon l'âge



Comparaison MPH à libération immédiate et différentes formes de MPH à libération retardée

Chaque forme de MPH à sa propre pharmacocinétique. Avec les formes à libération retardée on ne reproduit pas complètement les pics plasmatiques de la forme à libération immédiate.

Slide : Courtesy of Dr D. Coghill



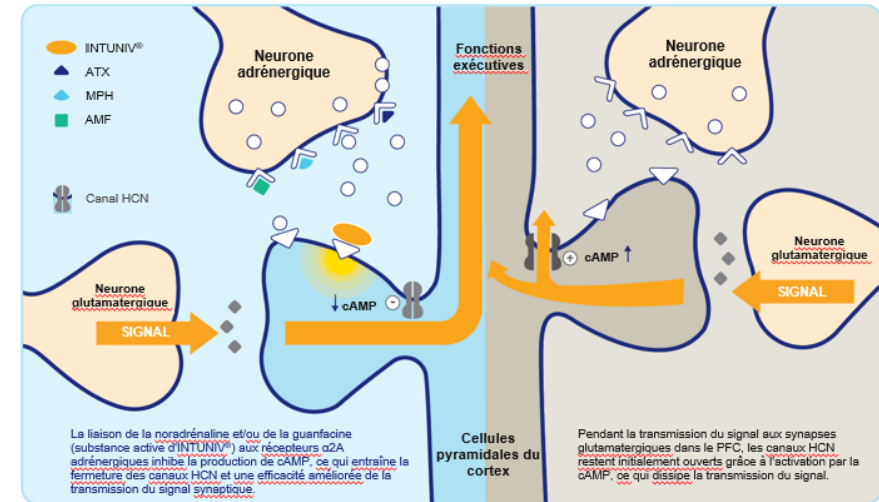
Atomoxétine (Strattera[®]) : mode d'action et tolérance

- Mode d'action
 - Inhibition du recaptage de la noradrénaline
 - Affinité sélective pour transporteurs de la noradrénaline
 - Action dans les régions sous-corticales frontales (neurones noradrénergiques)

- Tolérance:
 - Affecte moins le sommeil que stimulants
 - Effets sec: céphalées, douleurs abdo, diminution de l'appétit, nausées, somnolence
 - Amélioration de la qualité de vie à court et long terme, aussi comparé à thérapie « standard » préexistante.

Guanfacine retard (Intuniv[®])

- Mécanisme d'action^{1,2}
 - Agoniste sélectif des récepteurs adrénergiques α -2A (post synaptiques): seule option avec une activité postsynaptique
 - Action sur canaux ioniques: amélioration du transport du signal dans cortex préfrontal
- Posologie/titration³
 - Dosage initial recommandé: **1 mg, une fois par jour, par voie orale**
 - Augmentation progressive (max. 1mg/semaine)
 - Dose de maintien recommandée: **0,05 – 0,12 mg/kg/jour**
 - Dose maximale par jour: **7 mg**
- Interactions / somnolence/ suivi FC-TA / ECG de départ et à full dose (surveillance QT)
- Attention!
 - Ne peut pas être ouvert/broyé/maché → doit être avalé entier
 - Interactions avec les inhibiteurs/inducteurs de la CYP3A4 → ajustement de la dose ?
 - Ne doit pas être arrêté brusquement → réduire la dose progressivement (pour éviter augmentation de la pression artérielle)
- Action de 24H00⁴
- Tt de 2^{ème} ligne



• Mécanisme d'action hypothétique d'INTUNIV[®]. (Adapté de Wang M et al., Cell 2007)^{1,2}

AMF, amphétamine; **ATX**, atomoxétine; **c-AMP**, adénosine monophosphate cyclique; **Canal HCN** Hyperpolarization-activated Cyclic Nucleotide-gated Cation channel (canal cationique contrôlé par les nucléotides cycliques et activé par l'hyperpolarisation); **Intuniv[®]** (guanfacine à libération prolongée); **MPH** méthylphénidate; **PFC**, cortex préfrontal.

SPÉCIALITÉS PSYCHIATRIQUES

Qui sommes-nous? ▾

Activités médicales ▲

Consultation de sexologie ▾

Consultation
psychothérapeutique pour
familles et couples

Unité des troubles de l'humeur ▾

Unité du trouble de la régulation
émotionnelle ▲

Trouble de la personnalité
borderline

Programme pour les proches
de personnes souffrant d'un
trouble de la personnalité
borderline

GUIDE DE TRAITEMENT DU TDA-H

Partager

Imprimer

CONTACT

CONSULTATION

RESPONSABLE

Pr Nader Perroud, Service des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie

Ce guide a été élaboré à titre informatif et ne se veut en aucun cas exhaustif. Pour plus d'informations sur l'utilisation d'une de ces médications, les cliniciens sont invités à consulter le site compendium.ch


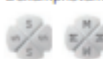







Psychostimulants à base d'amphétamine

NOM : Elvanse®

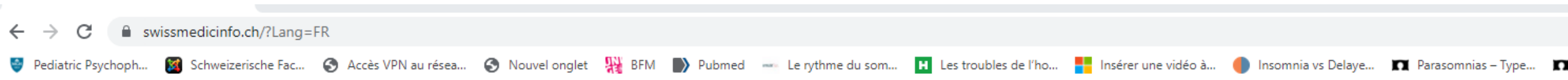
GUIDE DE TRAITEMENT DU TDA-H

Pr Nader Perroud, Service des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie

Ce guide a été élaboré à titre informatif et ne se veut en aucun cas exhaustif; pour plus d'informations sur l'utilisation d'une de ces médications, les cliniciens sont invités à consulter le site compendium.ch

NOM	MOLÉCULE	PRÉSENTATION	PARTICULARITÉS	DURÉE D'ACTION	RECOMMANDATION D'UTILISATION	INTER. MÉDICAM. PHARMACOCYN.	REMBOURSEMENT PAR LES CAISSES
Psychostimulants à base d'amphétamine							
Elvanse®	Lisdexamphétamine (pro-molécule) 	Caps. 20, 30, 50, 40, 60 et 70mg	1. Transformé dans le sang en dextroamphétamine: risque d'abus faible. 2. Contenu soluble dans l'eau, le jus d'orange et le yogourt. 3. Les grumeaux de la capsule peuvent être écrasés pour bien dissoudre le produit. 4. Pas de modification avec la nourriture.	13-14h	Commencer à 30mg/j puis augmenter selon réponse; dose max: 70mg/j (pas dépasser 50mg/j si insuf. rénale)	Avec substances métabolisées par les CYP2D6 (ex: fluoxétine), CYP2C9 (ex: pantoprazole) et CYP2C19 (ex: ésomeprazole)	6-55 ans; Uniquement si non réponse au méthylphénidate (médicament de seconde intention)
Attentin®	Dexamphétamine 	Comp. 5 et 10mg	1. Comprimés sécables en quatre 2. Doivent être avalés entiers ou après avoir été partagés; ne doivent être ni croqués ni écrasés 3. Pas de modifications avec la nourriture	8-12h	Commencer à 5-10mg/j puis augmenter selon réponse; dose max: 40mg/j	Non	6-18 ans; Uniquement si non réponse au méthylphénidate (médicament de seconde intention)
Psychostimulants à base de méthylphénidate - formes à libération immédiate							
Ritaline®	Méthylphénidate 	Comp. 10mg	1. Comprimés écrasables (CAVE: risque d'abus). 2. Pas de modification par la nourriture.	3-4h (2-3 prises nécessaires)	Commencer à 5-10mg/j puis titrer à un max de 60mg/j (80-100mg/j mais non validé par SwissMedic)	Non	6-18 ans
Medikinet®	Méthylphénidate 	Comp. 5, 10, et 20mg	1. Pas de modification par la nourriture.	3-4h (2-3 prises nécessaires)	Commencer à 5-10mg/j puis titrer à un max de 60mg/j (80-100mg/j mais non validé par SwissMedic)	Non	6-18 ans
Psychostimulants à base de méthylphénidate - formes à libération immédiate et retardée							
Ritaline SR®	Méthylphénidate 	Comp. 20mg	1. Doit être avalé entiers; ne doit être ni croqué ni écrasé. A prendre après un repas (l'absorption et durée de l'effet renforcées par un repas riche en graisses).	3-8h	Commencer à 20mg et titrer (60mg max) (80-100mg/j mais non validé par SwissMedic)	Non	6-18 ans
Ritaline LA®	Méthylphénidate 	Caps. 10, 20, 30 et 40mg	1. Caps. peuvent être ouvertes et les globules dispersés sur un peu de nourriture molle (l'aliment ne doit pas être chaud). 2. Peut être pris indépendamment des repas (pas d'influence de la nourriture). 3. Ne pas écraser, croquer ou diviser le contenu de la caps.	7-9h (CAVE: deux pics plasmatiques)	Commencer à 10mg et titrer (60mg max) (80-100mg/j mais non validé par SwissMedic)	Non	6-18 ans
Medikinet MR®	Méthylphénidate 	Caps. 5, 10, 20, 30 et 40mg	1. Absorption accélérée à jeun (effet retard pas garanti); prendre après le petit-déjeuner afin de garantir une longue durée d'action 2. Possible d'ouvrir la caps. et de saupoudrer le contenu sur une petite quantité de compote de pommes ou de yaourt; après la prise du contenu de la caps. le patient doit boire un liquide. 3. Ne pas croquer le contenu des caps.	7-9h (CAVE: deux pics plasmatiques) Possibilité d'une dose additionnelle de méthylphénidate, sous une forme à libération rapide, dans l'après-midi (avant 16h)	Commencer à 5-10mg/j puis titrer à un maximum de 80mg/j (éventuellement 100mg mais non-validé par Swissmedic)	Non	6-65 ans
Equazym XR®	Méthylphénidate 	Caps. 10, 20, et 30mg	1. Doit être administré le matin avant le petit-déjeuner (absorption ralentie avec un repas riche en graisse). 2. Ne pas croquer/mâcher le contenu. 3. Caps. peut être ouverte et contenu mélangé dans un peu de compote de pommes ou de bouillie (suivies d'une boisson).	6-8h (CAVE: 2° pic plasmatique au bout de 3h); nécessité d'une couverture en fin de journée	Commencer à 10mg/j puis titrer à un max de 60mg/j (80-100mg/j mais non validé par SwissMedic)	Non	6-18 ans
Concerta®/ Méthylphénidate	Méthylphénidate 	Comp. 18, 27, 36 et 54mg	1. Doit être pris entier, ne pas croquer, écraser, ou couper en morceaux. 2. Composants insolubles éliminés dans les selles	10-12h (mais souvent plus court; 6-8h pic plasmatique au bout duquel la conc.	Commencer à 18mg/j puis titrer à max 54mg/j chez l'enfant et 72mg/j chez l'adulte	Non	6-65 ans

Swissmedic info : information sur le médicament:la référence pour LS



Information sur le médicament

[Nouveaux textes](#) [Textes modifiés](#)

[Télécharger](#) [Aide](#) [Se connecter](#)

Sélectionner des critères de recherche

Principe actif

Commence par

Langue des textes
 DE FR IT EN

[Rechercher](#) [Réinitialiser](#)

- [Attentin](#)
- [Composition](#)
- [Forme pharmaceutique et quantité de principe actif par unité](#)
- [Indications/Possibilités d'emploi](#)
- [Posologie/Mode d'emploi](#)
- [Contre-indications](#)
- [Mises en garde et précautions](#)
- [Interactions](#)
- [Grossesse, allaitement](#)
- [Effet sur l'aptitude à la conduite et l'utilisation de machines](#)
- [Effets indésirables](#)
- [Surdosage](#)

Information professionnelle

Attentin

L'efficacité et la sécurité d'Attentin n'ont été que sommairement contrôlées par Swissmedic. L'autorisation d'Attentin repose sur celle d'Attentin, comprimés à 5/10/20 mg, qui contient Soumis à la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes

Composition

Principes actifs

Dexamfetamini sulfas.

Excipients

Attentin comprimés à 5 mg: Crospovidonum, Magnesii stearas, 147,5 mg d'Isomaltum (E 953) pro compresso.

Attentin comprimés à 10 mg: Magnesii stearas, 148,5 mg d'Isomaltum (E 953) pro compresso.

Attentin comprimés à 20 mg: Magnesii stearas, 138,5 mg d'Isomaltum (E 953) pro compresso.

Forme pharmaceutique et quantité de principe actif par unité

Attentin comprimés à 5 mg: 5 mg de Dexamfetamini sulfas corresp. à 3,67 mg de Dexamfetaminum

Comprimés blancs avec une barre de sécabilité en forme de trèfle sur la face supérieure et une barre en croix sur la face inférieure portant l'inscription «S» sur chaque quart.

Attentin comprimés à 10 mg: 10 mg de Dexamfetamini sulfas corresp. à 7,34 mg de Dexamfetaminum

Soumis à la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes

Composition

Principe actif: Methylphenidati hydrochloridum.

Excipients: Lactosum monohydricum, Antioxydant E 321, excip. pro compr.

Forme galénique et quantité de principe actif par unité

Comprimés à libération retardée de principe actif («comprimés retard») pour administration orale:

Comprimés jaunes (en forme de capsules) à 18 mg, avec «alza 18» imprimé en lettres noires d'un côté.

Comprimés gris à 27 mg, avec «alza 27» imprimé en lettres noires d'un côté.

Comprimés blancs à 36 mg, avec «alza 36» imprimé en lettres noires d'un côté.

Comprimés brun-rouge à 54 mg, avec «alza 54» imprimé en lettres noires d'un côté.

Indications/Possibilités d'emploi

Concerta est indiqué pour traiter un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA-H) persistant depuis l'enfance, dans le cadre d'une stratégie thérapeutique globale.

Le traitement ne doit être commencé que par des médecins spécialisés dans les troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent ou de l'adulte et doit également être surveillé par ceux-ci.

L'efficacité de Concerta dans le traitement du TDA-H a été documentée dans des études cliniques contrôlées sur des enfants et des adolescents âgés de 6 à 17 ans et sur des adultes âgés de 18 à 65 ans, qui montraient DSM-IV du TDA-H.

Une partie des enfants chez qui un TDA-H a été diagnostiqué, présentent également des symptômes à l'âge adulte. Chez l'adulte, les symptômes doivent donc déjà avoir commencé dans l'enfance lorsqu'un traitement

L'emploi de Concerta devrait se limiter aux patientes et patients qui ont besoin d'un médicament dont l'effet dure de la prise matinale jusqu'au soir.

Concerta devrait être utilisé, en tant que partie d'un programme thérapeutique complet, lorsque les mesures thérapeutiques pour stabiliser le comportement à elles seules n'ont pas suffi. Le programme thérapeutique pour traiter le TDA-H peut comprendre des mesures psychologiques, éducationnelles et sociales.

Le diagnostic devrait être posé suivant les critères DSM actuels ou la classification ICD.

Remboursements des TT avec limitations LS

Résumé

Enfants-Adolescents (> 6 ans) :

Stimulants courte, moyenne et longue DA:

- Ritaline / Ritaline LA
- Medikinet / Medikinet MR
- Focalin XR / Equasym
- Elvanse / Attentin

Non stimulants:

- Strattera
- Intuniv

Adultes :

Stimulants moyenne et longue DA

- Medikinet MR : max 65 ans
- Focalin XR : max 65 ans
- Concerta : max 65 ans
- Elvanse : max 55 ans

Non stimulant :

- Strattera : max 50 ans

Qui peut prescrire ? Limitations de la LS

- TT ne doit être **débuté et surveillé que** par un médecin **spécialisé** dans le tr du comportement de l'enfant, adolescent **et adulte**.
- TT doit être prescrit pour traiter **les symptômes du TDAH**
- Le tt doit être utilisé en tant que partie d'un **programme thérapeutique complet** (qui inclut des mesures psychologiques, éducationnelles et sociales)
- Le diagnostic doit être posé selon les **critères du DSM -5** ou classification ICD.
- Le diagnostic doit s'appuyer sur anamnèse et examen complet du patient.
- Selon le médicament : doit être **tt de 2è ligne** (après MPH)

Enfants et ados : remboursement par AI?

- OIC 404 : il faut des critères de tr. de la perception sur un bilan neuropsych (voir circulaire n° 298 et questionnaire OIC 404 de l' AI)
- Il faut qu' un traitement ait été débuté avant l'âge de 9 ans
- Donc rarement possible d' obtenir OIC 404

Comment prescrire?

Algorithme de traitement enfant / adolescent

(basé sur directives NICE* adaptées aux indications suisses)

→ **Proposer le méthylphénidate** (à courte ou longue durée d'action) **comme traitement pharmacologique de première intention** pour les enfants âgés de **6ans** et plus et les jeunes souffrant de TDAH.

Si réponse sous-optimale → **Envisager le passage à la lisdexamfétamine** pour les enfants âgés de **6ans** et plus et les jeunes **qui ont eu un essai de 6 semaines de méthylphénidate** à une dose adéquate **et qui n'ont pas retiré suffisamment de bénéfices** en termes de réduction des symptômes du TDAH et des troubles associés.

Ou → **Envisager la dexamfétamine** pour les enfants âgés de **6ans** et plus et les jeunes dont les symptômes du TDAH **répondent à la lisdexamfétamine mais qui ne peuvent pas tolérer le profil d'effet plus long.**

Ou → **Proposez l'atomoxétine ou la guanfacine** aux enfants âgés de **6ans** et plus et aux jeunes si:

- ils ne peuvent **pas tolérer le méthylphénidate ou la lisdexamphétamine** ou
- leurs symptômes n'ont **pas répondu à des essais séparés de 6 semaines de lisdexamphétamine et de méthylphénidate**, après avoir envisagé des préparations alternatives et des doses adéquates.

Algorithme de traitement adultes

(basé sur directives NICE* adaptées aux indications suisses)

→ **Proposer le méthylphénidate (à longue durée d'action) comme traitement pharmacologique de première intention** (Medikinet MR ou Focalin)

→ **Envisager le passage à la lisdexamphétamine** pour les patients **qui ont eu un essai de 6 semaines de méthylphénidate** à une dose adéquate **et qui n'ont pas retiré suffisamment de bénéfices** en termes de réduction des symptômes du TDAH et des troubles associés.

→ **Proposez l'atomoxétine si :**

- ils ne peuvent **pas tolérer le méthylphénidate ou la lisdexamphétamine** ou
- leurs symptômes n'ont **pas répondu à des essais séparés de 6 semaines de lisdexamphétamine et de méthylphénidate**, après avoir envisagé des préparations alternatives et des doses adéquates.

Si réponse sous-optimale

Ou

Adapter le traitement et le suivi en fonction des besoins



Designed by freepick

Besoins

1. Quotidien ou intermittent (ex: uniquement pour les examens)?
2. En classe ou à la maison? Parents séparés...schéma différent ?
3. En journée ou en soirée?
4. Nécessaire pour le sport, la conduite?
5. Quid des consommation OH, cannabis...
6. **Formes à libération rapide ou prolongées ? Mélanger les deux formes ?**

Surveillance et contrôle

1. Suivi régulier : fréquent au début (titrage), annuel par la suite
2. But du suivi: adaptation de la posologie (à la croissance, aux changements environnementaux), passage à une forme retard, changement de médicament si nécessaire, **tenter un arrêt de la médication si désiré**, passage à prise en charge pour adultes
3. Suivi croissance, TA, FC

Suivi par le médecin de premier recours

- Surveiller effets secondaires du traitement
- contrôle TA, FC
- Poids / et **taille** chez les enfants
- Sommeil
- Céphalées
- Compliance / chercher la cause d' une non compliance
- DD : effets secondaires du tt ou autre pathologie somatique (thyroïde, cardiaque , carences en fer etc..)
- Soutien...

TDAH enfant/ado : comment les aider ?

Compréhension
de la nature des
difficultés

Adaptation des
exigences et attitudes de
part et d' autre

Aménagements
pour les apprentissages
à domicile

Fractionnement
des tâches

Coaching pédagogique
personnalisé
(stratégies)

Travail en situation
«duelle» :
répétiteur

Prise en charge
des
comorbidités

Aménagements
scolaires

Si nécessaire:
Traitement
médicamenteux

TDAH adultes : comment les aider ?

Compréhension
de la nature des
difficultés

Adaptation des
exigences et attitudes de
part et d' autre

Choix professionnels

Fractionnement
des tâches/
agenda

Coaching personnalisé
(stratégies)

Traitement
médicamenteux

Prise en charge
des
comorbidités

Aménagements si
poursuite études
universitaires



- Le TDAH est hétérogène et les symptômes se modifient avec l'âge
- Le TDAH persiste à l'adolescence et à l'âge adulte
- Le TDAH peut se révéler tardivement
- Importance de savoir diagnostiquer TDAH à tout âge malgré comorbidités
- Enjeu majeur des prises en charge précoces sur la vie adulte
- **Rôle important du médecin de premier recours :**

Dépister , encourager reprise du suivi spécialisé , contrôle alimentation , sommeil , TA-FC , céphalées etc..