
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

**Trouble du
neurodéveloppement
/ TDAH : Diagnostic
et interventions
thérapeutiques
auprès des enfants
et adolescents**

Validé par le Collège le 18 juillet 2024

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Participer à la formation des professionnels et harmoniser les pratiques concernant la démarche diagnostique et les interventions thérapeutiques chez un enfant ou un adolescent adressé pour un TDAH.
Cibles concernées	Professionnels exerçant dans le domaine de la santé et intervenant auprès d'enfants et d'adolescents
Demandeur	DGS//DGOS et association HyperSupers-TDAH France
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Dr Christine Revel-Delhom, chef de projet, service des bonnes pratiques de la HAS (chef de service : Dr Pierre Gabach) Assistante : Mme Laetitia Gourbail
Recherche documentaire	De 2012 à 2020 et une veille a été réalisée jusqu'en 2023 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe de l'argumentaire scientifique) Réalisée par Mme Sophie Nevière avec l'aide de Mme Juliette Chazareng (chef du service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs	Les membres du groupe de travail
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse, la HAS a également pris en compte la base « Transparence-Santé » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liant aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « Transparence-Santé » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
Validation	Version du 18 juillet 2024
Autres formats	Argumentaire, synthèse et fiches outils

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2024 – ISBN : 978-2-11-172655-0

Sommaire

Préambule 6

1. Généralités	9
1.1. Définition	9
1.2. Historique	9
1.3. Classifications	10
1.4. Épidémiologie	10
1.4.1. Prévalence	10
1.4.2. Caractéristiques des patients	10
1.4.3. Retentissement et conséquences du TDAH	10
1.5. Étiologie	11
2. Diagnostic du TDAH	12
2.1. À partir de quel âge peut-on poser le diagnostic de TDAH ?	12
2.2. Quels professionnels peuvent poser le diagnostic de TDAH chez l'enfant ?	12
2.3. Quels sont les critères diagnostiques du TDAH ?	12
2.4. Comment conduire l'évaluation diagnostique ?	13
2.4.1. Entretien clinique avec les parents et l'enfant	13
2.4.2. Observation et examen clinique de l'enfant	14
2.4.3. Recueil d'informations auprès des intervenants de l'enfant (scolaires et périscolaires, médicaux et sociaux)	14
2.4.4. Les éléments à recueillir lors de l'entretien clinique initial et à faire figurer dans le dossier médical	16
2.4.5. Quels sont les autres diagnostics à évoquer : différentiels et comorbidités ?	19
2.4.6. Spécificité du diagnostic chez le très jeune enfant (< 5 ans)	23
2.4.7. Place des bilans complémentaires	23
2.4.8. Quels outils peuvent aider au diagnostic	24
3. Interventions thérapeutiques du TDAH	26
3.1. Intervention non médicamenteuse du TDAH	26
3.1.1. Indications des modalités non médicamenteuses	26
3.1.2. Interventions centrées sur l'environnement familial et scolaire	26
3.1.3. Quel accompagnement scolaire et pédagogique ?	30
3.1.4. Interventions psychosociales destinées à un enfant ayant un TDAH	33
3.1.5. Place des habitudes de vie dans le traitement	34
3.2. Traitement médicamenteux du TDAH	36
3.2.1. Indications du traitement médicamenteux	36

3.2.2. Les traitements médicamenteux disponibles et leurs indications : stratégie de prescription médicamenteuse	37
3.2.3. Bilan pré-thérapeutique	40
3.2.4. Modalités de prescription	41
3.2.5. Adaptation du traitement médicamenteux	42
3.2.6. Surveillance de la tolérance du traitement médicamenteux	43
3.2.7. Risque de mésusage, abus et usage détourné	45
3.2.8. Diminution de posologie ou arrêt du traitement médicamenteux	45
4. Information et consentement de l'enfant et de sa famille	47
5. Coordination du processus thérapeutique lors du passage à l'âge adulte	48
6. TDAH et recours aux outils numériques	49
6.1. Généralités	49
6.2. Téléconsultation	49
6.2.1. Consultation de diagnostic	50
6.2.2. Consultation de suivi	50
6.3. Téléexpertise : quand y recourir ?	50
6.4. Autres pratiques à distance	51
Table des annexes	52
Participants	66
Abréviations et acronymes	69

Préambule

Contexte d'élaboration

Une politique publique a été définie à travers la Stratégie Nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement : autisme, DYS, TDAH, TDI, afin de mettre en place des actions communes à l'ensemble des troubles du neurodéveloppement (TND) pour repérer, diagnostiquer et intervenir précocement, ainsi que pour diffuser les connaissances. Il est notamment proposé la mise en place de plateformes d'orientation et de coordination pour fluidifier les parcours de soins.

Le TDAH fait partie de la catégorie des troubles du neurodéveloppement et il partage avec ces troubles un déficit ou un retard des compétences attendues et acquises au cours du développement.

Ainsi, les troubles du neurodéveloppement se caractérisent par une perturbation du développement cognitif et/ou affectif de l'enfant qui entraîne un retentissement sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial.

Dans la continuité de la Stratégie Nationale pour les troubles du neurodéveloppement, la HAS a été saisie par le ministère de la Santé et de la Prévention (DGS/DGOS) et par l'association de patients HyperSupers-TDAH France afin d'élaborer des recommandations relatives au diagnostic et au traitement du Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) pour les enfants et les adolescents.

Cette demande s'inscrit dans la continuité des recommandations publiées en 2014 et relatives à la conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un TDAH. Elles permettent d'aider les médecins de premier recours (niveau 1) au repérage mais ceux-ci rencontrent ensuite des difficultés pour trouver et identifier les équipes spécialisées (niveau 2) formées et disponibles vers qui adresser leurs patients.

Actuellement, le manque de professionnels formés au TDAH entraîne un retard d'accès aux soins et donc un retard de diagnostic et de prise en charge ou une prise en charge non adaptée.

L'accès à un diagnostic formel de TDAH et à une prise en charge précoce est un enjeu majeur afin de ne pas conduire à une aggravation des conséquences psychologiques, scolaires, familiales et sociales chez l'enfant.

Objectifs

Les objectifs de ces recommandations sont :

- aider le *médecin spécialisé* du TDAH¹ face à un enfant ou un adolescent qui lui a été adressé pour un TDAH à :
 - conduire une démarche de diagnostic du TDAH et savoir l'articuler avec la recherche d'autres TND,
 - mettre en place des interventions adaptées aux besoins du patient, en coordination avec les autres professionnels concernés et les plateformes d'orientation et de diagnostic,
 - participer au suivi et adapter la prise en charge en fonction de l'évolution du patient,
 - inscrire cette prise en charge dans une démarche collaborative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle ;
- participer à la formation des professionnels concernés et à l'harmonisation des pratiques ;

¹ *Médecin spécialisé* du trouble, c'est-à-dire ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH. Ce qui correspond au niveau 2 de la filière de soin (à ne pas confondre avec le niveau 3 qui correspond à une expertise complémentaire).

- optimiser le parcours de l'enfant et de sa famille après le repérage d'un TDAH.

Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées aux *médecins spécialisés* du trouble, qui assurent le diagnostic et la mise en place d'interventions thérapeutiques adaptées ainsi qu'aux médecins qui assurent le repérage des enfants et adolescents ayant un TDAH et participent à la prise en charge et au suivi.

Ces recommandations concernent également tous les professionnels exerçant dans le domaine de la santé et intervenant auprès d'enfants et d'adolescents, par exemple : médecins, pharmaciens, infirmiers, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, ainsi que les aidants qualifiés, les professionnels sociaux éducatifs, les professionnels de l'Éducation nationale...

Elles participent aussi à la formation des professionnels intervenant au sein des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) qui ont pour mission de proposer, après le bilan initial conduit par le médecin de premier recours, un diagnostic, une coordination des bilans et des interventions et une orientation vers un professionnel spécialisé, aux enfants jusqu'à 12 ans.

Population concernée

Ces recommandations concernent les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans. Dans ce document, pour les recommandations concernant l'ensemble des enfants (dont les adolescents), le terme « d'enfant » est utilisé. Le terme « d'adolescent » est utilisé uniquement pour les recommandations spécifiques aux adolescents.

Le terme « parents » comprend les personnes de l'entourage familial et éducatif détenant l'autorité parentale et assurant un soutien affectif et éducatif de l'enfant.

Comme pour la majorité des TND, il n'y a pas de limite d'âge inférieure établie pour poser le diagnostic de TDAH.

Formation des professionnels au TDAH

Afin de pouvoir poser des diagnostics et assurer les interventions thérapeutiques appropriées, il est recommandé que les médecins soient formés au TDAH. Cette formation s'appuie sur un socle de connaissances de l'ensemble des données présentées dans le chapitre généralités de ces recommandations, à savoir :

- les principaux facteurs de risques (génétiques et/ou environnementaux) et les facteurs aggravants du TDAH pouvant se révéler au cours du développement. Il est important de bien noter que l'adversité psychosociale², bien que pouvant être associée à un tableau de TDAH, n'en constitue ni une cause unique ni n'en fait un diagnostic d'exclusion ;
- des données historiques sur le TDAH ;
- la connaissance du TDAH dont sa nature neurodéveloppementale et la connaissance des autres TND ;
- les éléments sémiologiques et cliniques conduisant au diagnostic, adaptés au stade de développement et au sexe de l'enfant, ainsi que les principales comorbidités et diagnostics différentiels ;
- la connaissance des outils et tests utiles dans l'évaluation d'un TDAH et leurs indications ;

² Selon le DSM-5, on entend par adversité psychosociale tous les facteurs environnementaux (famille, école, pairs...) pouvant jouer un rôle négatif dans le développement de l'enfant.

- le retentissement somatique, psychologique, cognitif et émotionnel du TDAH, ainsi que le retentissement dans la vie sociale, académique et professionnelle ;
- les modes d'évolution possibles, en particulier à l'adolescence et à l'âge adulte ;
- la connaissance des données scientifiques concernant les mécanismes d'action, l'efficacité et la tolérance des différents traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Dans le cadre de cette formation, il est recommandé que ce *médecin spécialisé* dans le TDAH ait acquis une connaissance du développement normal et pathologique de l'enfant et l'adolescent tant sur le plan neurologique, psychomoteur, affectif que psychologique et cognitif.

Le contenu de la formation des *médecins considérés comme spécialisés* dans le TDAH devra intégrer les connaissances théoriques sur les critères diagnostiques et le traitement du TDAH en accord avec les présentes recommandations.

Le Groupe de Travail suggère que cette formation soit validée par les Collèges Nationaux professionnels concernés.

Cette compétence peut être un diplôme universitaire, une formation continue post-universitaire, comprenant une formation théorique et pratique acquise auprès d'un praticien ou d'une équipe spécialisée. Ces médecins spécialisés interviennent dans la filière de soin au niveau 2.

1. Généralités

Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est fréquent, avec une prévalence estimée chez l'enfant autour de 5 % dans le monde³.

1.1. Définition

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est classé dans la catégorie des troubles du neurodéveloppement. Il se caractérise par des symptômes d'inattention, accompagnés ou non de symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité, d'intensité inappropriée par rapport à l'âge de développement. Le TDAH peut présenter des formes avec inattention prédominante ou dans lesquelles l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent, mais la forme la plus fréquente en population clinique est la forme combinée, associant les trois types de symptômes chez l'enfant.

Il affecte les enfants et persiste à l'adolescence ainsi qu'à l'âge adulte. Le TDAH doit être considéré *a priori* comme un trouble chronique même si l'expression clinique du trouble varie d'un individu à l'autre et chez un même individu au cours de sa vie.

Il peut représenter une source de handicap important durant la vie entière, objectivé par l'estimation du nombre d'années en bonne santé perdues (en anglais DALY : *Disability Adjusted Life Years*)⁴.

Ces symptômes altèrent le fonctionnement de l'enfant dans ses loisirs, sa scolarité, ses relations sociales et familiales, perturbant ainsi sa qualité de vie de façon quotidienne.

Selon la définition du DSM-5-TR, la sévérité du TDAH peut être déclinée en trois niveaux d'intensité qui peuvent évoluer selon le temps et le contexte :

- TDAH **d'intensité légère** : peu ou pas de symptômes, en plus de ceux qui sont requis pour faire le diagnostic, sont présents et les symptômes n'entraînent que des troubles fonctionnels mineurs ;
- TDAH **d'intensité modérée** : des symptômes ou une altération fonctionnelle sont présents, sous une forme intermédiaire entre « légers » et « sévères » ;
- TDAH **d'intensité sévère** : de nombreux symptômes, en plus de ceux requis pour poser le diagnostic ou plusieurs symptômes particulièrement sévères, sont présents, ou les symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement social, académique ou professionnel.

1.2. Historique

Le trouble lui-même a été décrit à la fin du 18^e siècle mais sa reconnaissance a été bien plus tardive, il a ainsi été interprété à tort dans le passé comme réactionnel. D'abord considéré comme un trouble affectivo-caractériel, puis comme hyperkinétique (essentiellement basé sur l'agitation motrice), la dimension de déficit d'attention n'est apparue à une place principale que dans le DSM-III (en 1980). Aujourd'hui, il existe un consensus autour d'une origine neurodéveloppementale et donc d'une appartenance aux troubles du neurodéveloppement.

EN 1994, le THADA, « trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention », est abandonné pour le sigle TDAH, « trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », traduction de l'anglais ADHD,

³ Mais les estimations varient largement en fonction des critères diagnostiques (CIM-10, DSM-5, CFTMEA...), de la méthodologie des études, l'âge des patients et l'évaluateur.

⁴ Évalué selon l'échelle « Espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) » qui mesure l'espérance de vie en bonne santé, en lui soustrayant le nombre d'années « perdues » à cause de la maladie, du handicap ou d'une mort précoce.

apparu officiellement dans le DSM-IV (2000) avec le déficit de l'attention au premier plan et la reconnaissance de la persistance possible du trouble à l'âge adulte dans le DSM-5.

1.3. Classifications

Les [principales classifications](#) actuelles décrivant le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) sont internationales :

- la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) entrée en vigueur depuis janvier 2022 ;
- le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR), édité en 2013 et révisé en 2022 par l'*American Psychiatric Association*.

Pour information, il existe aussi une classification française plus ancienne :

- la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, (CFTMEA), dans sa version la plus récente (CFTMEA 2020-R).

1.4. Épidémiologie

1.4.1. Prévalence

La prévalence du TDAH dépend de l'âge et varie en fonction des critères diagnostiques selon la classification et la méthode de recueil utilisée pour l'évaluation des symptômes.

Selon les études épidémiologiques dans la population générale au niveau international, la prévalence chez les enfants et adolescents est estimée autour de 5 % et autour de 3 % chez les adultes, sans différences significatives existantes entre les pays occidentaux.

1.4.2. Caractéristiques des patients

Le TDAH est deux fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles en population pédiatrique.

Le TDAH pourrait être moins bien repéré et, de fait, sous-diagnostiqué chez les filles. Les filles atteintes de TDAH présentent habituellement des symptômes plus difficilement perceptibles pour l'observateur, et nécessitent une attention particulière. Chez la fille, la forme inattentive serait la plus fréquente alors que chez le garçon, la forme combinée serait la plus fréquente.

1.4.3. Retentissement et conséquences du TDAH

Les symptômes du TDAH ont un impact significatif et variable tant sur le plan social et relationnel, que sur les performances scolaires et professionnelles. Ils sont aussi souvent associés à un retentissement négatif sur l'estime de soi.

Dans la majorité des cas, cela complique le parcours scolaire, et se traduit par une perte de chance académique en affectant les apprentissages et l'adaptation scolaire : difficultés d'organisation, conflits interpersonnels plus fréquents, difficultés dans le travail personnel, etc.

Ces symptômes entraînent aussi des conséquences au niveau de la sphère personnelle, sur le plan psychiatrique ou encore au niveau addictologique.

Les études prospectives mettent également en évidence chez les adolescents et adultes diagnostiqués TDAH dans l'enfance un plus fort taux de trouble de l'usage de substances. Les troubles addictifs concernent les substances, mais aussi certains comportements (addictions aux jeux vidéo, aux jeux de hasard et d'argent, au sexe, à l'alimentation notamment).

Le TDAH est associé à une augmentation des accidents domestiques et des accidents de la voie publique.

Chez les adolescents, le TDAH est associé à un plus fort risque de problèmes liés à la sexualité avec des taux plus élevés d'infections sexuellement transmissibles. Par ailleurs, il est noté une augmentation du risque de parentalité précoce.

La mortalité par suicide est plus élevée parmi les sujets atteints de TDAH ainsi que les tentatives de suicide et les idées suicidaires, qui sont deux fois plus élevées que dans la population générale.

Des études de suivi montrent que le TDAH est un facteur de risque d'activité délictuelle, de criminalité et de trouble de la personnalité antisociale. Il est surreprésenté en milieu carcéral, ce qui ajoute à son coût sociétal déjà élevé.

1.5. Étiologie

Comme pour l'ensemble des TND, l'étiologie du TDAH n'est que partiellement connue.

Elle implique l'interaction de plusieurs facteurs :

- génétiques (l'héritabilité importante du TDAH, au-dessus de 70 %, suggère fortement l'implication de facteurs génétiques) et épigénétiques (phénomène d'empreinte génétique par méthylation) ;
- environnementaux (facteurs exogènes, événements de vie négatifs, facteurs périnataux et anténataux...).

Sur le plan neuropsychologique, c'est l'atteinte des fonctions attentionnelles qui est le mécanisme principal. Celle-ci peut être associée à l'altération d'autres fonctions exécutives dont les principales sont : le contrôle de l'inhibition de la réponse motrice ou verbale, la planification de l'action, la flexibilité cognitive et la mémoire de travail.

2. Diagnostic du TDAH

2.1. À partir de quel âge peut-on poser le diagnostic de TDAH ?

Il n'y a pas de limite d'âge inférieure établie pour poser le diagnostic de TDAH.

Des symptômes évocateurs de TDAH peuvent être présents dans le cadre du développement standard de l'enfant. Avant l'âge de 5 ans, l'apparition de ces symptômes ne doit alerter que si leur intensité, leur persistance et leur retentissement sont disproportionnés comparés à la classe d'âge de référence.

En présence de symptômes évocateurs d'un TDAH, quel que soit l'âge et même chez le très jeune enfant, un accompagnement est bénéfique et peut être mis en place dans certains cas afin de limiter le retentissement de ces manifestations.

Il n'y a pas d'âge limite inférieur pour observer des symptômes évocateurs d'un TDAH.

Cependant, avant l'âge de 5 ans, il est recommandé d'être encore plus prudent avant de poser le diagnostic, en raison de la variabilité développementale (régulation de l'attention, contrôle de l'inhibition) des enfants.

2.2. Quels professionnels peuvent poser le diagnostic de TDAH chez l'enfant ?

Tout médecin formé au diagnostic et au traitement du TDAH peut poser le diagnostic.

Dans ce document, le Groupe de Travail considère comme *médecin « spécialisé »* dans le TDAH :

- tous les médecins ayant suivi une formation sur le TDAH, selon les critères définis dans le chapitre « Formation des professionnels au TDAH », validée par son Collège National professionnel.
- ainsi que les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, les psychiatres de l'adulte, les pédiatres, les neuropédiatres ainsi que les neurologues qui, compte tenu de leurs programmes d'enseignement magistral et pratique, ont acquis une connaissance sur le TDAH et les TND dans leur cursus de formation, ou validé une formation en DPC conforme à cette recommandation.

Il est rappelé qu'une actualisation régulière des connaissances sur le TDAH et les TND est nécessaire.

Il est recommandé que le diagnostic soit posé par un *médecin « spécialisé »* du TDAH de l'enfant et l'adolescent selon les critères définis ci-dessus.

2.3. Quels sont les critères diagnostiques du TDAH ?

Il est recommandé de poser le diagnostic conformément aux critères diagnostiques cliniques définis dans la CIM-11 ou le DSM-5-TR (similaire à la CIM-11 sur ce point) ([voir annexe 3](#)).

2.4. Comment conduire l'évaluation diagnostique ?

Chez un enfant adressé pour suspicion de TDAH, la démarche diagnostique comprend cinq étapes indispensables :

- procéder à un entretien clinique avec l'enfant et ses [parents](#) ainsi qu'à un examen clinique de l'enfant ;
- éliminer un diagnostic différentiel ;
- s'assurer que les signes observés sont conformes aux critères diagnostiques (en se référant aux classifications et en étant attentif au retentissement fonctionnel) ;
- identifier d'éventuels troubles associés (comorbidités) somatiques et psychiatriques ;
- évaluer le retentissement du trouble sur les apprentissages, la scolarité et la vie familiale et sociale.

Le diagnostic de TDAH est clinique, il n'existe pas, en l'état des connaissances actuelles, d'examen complémentaire ou de biomarqueur permettant de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de TDAH.

2.4.1. Entretien clinique avec les parents et l'enfant

2.4.1.1. Objectifs de l'entretien

Il est recommandé de conduire un entretien avec l'enfant et ses « [parents](#) », afin :

- d'évaluer le développement de l'enfant dans toutes ses dimensions (neurologique, psychomotrice, affective, psychologique et cognitive) ;
- d'évaluer les difficultés de fonctionnement de l'enfant et leur retentissement (interactions sociales, autonomie, apprentissages, vie quotidienne), leur sévérité, dans les différents domaines de vie (familial, scolaire, loisirs) ;
- d'explorer différents domaines cliniques (somatiques et psychiatriques).

Il est recommandé que l'entretien avec l'enfant soit axé sur sa perception et sa gestion des difficultés, ainsi que sur les stratégies qu'il a adoptées ou dont il dispose pour les surmonter.

Il est recommandé de prendre systématiquement en considération la plainte familiale, qui peut aussi relayer des difficultés identifiées à l'école.

2.4.1.2. Modalités de l'entretien clinique

L'entretien clinique est conduit de façon à recueillir les [éléments cliniques détaillés en 2.4.4.](#)

En complément de l'entretien clinique, la démarche diagnostique s'appuie sur des outils d'évaluation tels que des questionnaires ou des entretiens diagnostiques structurés ou semi-structurés dont le but est de guider le clinicien afin de poser le diagnostic et de rechercher des troubles comorbides ou un diagnostic différentiel ([voir chapitre 2.4.8](#)).

Il est nécessaire de prendre en compte différentes sources d'information (familiales, scolaires, extrascolaires...).

Il est le plus souvent nécessaire de consacrer plusieurs consultations à l'évaluation diagnostique.

Il est recommandé que cet entretien ait lieu avec les [parents](#) (de préférence les deux parents) de l'enfant. Il est recommandé qu'un entretien soit aussi conduit avec l'enfant seul, en particulier s'il s'agit d'un adolescent.

Il est recommandé de conduire l'entretien clinique en s'appuyant sur les items de la trame diagnostique « [Éléments à recueillir lors de l'entretien clinique initial](#) » ([tableau 1](#)) et sur le [tableau 2 « Principaux autres diagnostics \(différentiels ou comorbidités\)](#) » dont un modèle de fiche est proposé par le groupe de travail dans le cadre de ces recommandations (fiche « Proposition de trame pour l'entretien diagnostique »). Pour conduire cet entretien, il est aussi utile de s'appuyer sur des outils d'évaluation échelles/questionnaires, entretiens semi-structurés.

Il est recommandé que le praticien remette aux « [parents](#) », et aux professionnels impliqués dans le parcours de soin de l'enfant (après accord des parents), un compte rendu de l'évaluation diagnostique, incluant les [éléments sur lesquels se fonde le diagnostic](#)⁵.

Ces éléments ont un intérêt à la fois pour guider les interventions thérapeutiques et l'accompagnement de l'enfant, mais également pour suivre l'évolution du trouble.

2.4.2. Observation et examen clinique de l'enfant

Il est recommandé d'évaluer le développement physique de l'enfant incluant :

- un examen clinique général, comprenant un examen morphologique (poids, taille IMC, courbe de croissance, périmètre crânien) ;
- une orientation si besoin vers un spécialiste (ORL, ophtalmologiste, cardiologue, gynécologue, neurologue...) en fonction des points d'appel.

Il est recommandé que l'examen clinique explore la symptomatologie présentée par l'enfant, recherche d'autres Troubles du Neurodéveloppement (TND), recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques, et permette l'élimination d'un éventuel diagnostic différentiel.

2.4.3. Recueil d'informations auprès des intervenants de l'enfant (scolaires et périscolaires, médicaux et sociaux)

Il est recommandé, en accord avec les [parents](#) et l'enfant, de recueillir auprès des différents professionnels intervenant dans la vie de l'enfant des informations sur le plan des apprentissages, des attitudes et du comportement de l'enfant.

Il peut s'agir d'enseignants, d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'ergothérapeutes, de psychologues, d'éducateurs, de médecins ou d'un autre professionnel intervenant auprès de l'enfant et ayant une bonne connaissance de son comportement.

Ce recueil peut se faire au moyen d'outils d'évaluation, remis à l'entourage familial et à l'entourage éducatif.

⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante#ancreeDocAss

Ces informations pourront être transmises directement lors d'une consultation ou à l'occasion d'une réunion de synthèse organisée par l'un des professionnels intervenant autour de l'enfant, en fonction des situations et des possibilités.

Il s'agit également de cahiers/évaluations et de cahier de correspondance/bulletins.

2.4.4. Les éléments à recueillir lors de l'entretien clinique initial et à faire figurer dans le dossier médical

Tableau 1. Éléments à recueillir lors de l'entretien clinique initial

Anamnèse développementale et historique	– Historique des symptômes/plaintes : date de début, où, quand et comment les symptômes sont-ils apparus ? Quelles ont été les premières inquiétudes et à quel moment ? Par qui ont-ils été observés ? Comment les symptômes ont-ils évolué depuis ? – Antécédents familiaux (parents, fratrie...) : antécédents médicaux, chirurgicaux, voire obstétricaux et psychiatriques, antécédents familiaux de TDAH et de TND, addiction dans la famille – Antécédents médicaux et psychiatriques de l'enfant, addictions – Antécédents obstétricaux et périnataux : complications au cours de la grossesse et au cours de l'accouchement (prématurité, faible poids de naissance, RCIU), expositions périnatales (alcool, toxiques...) ⁶ – Anamnèse du développement psychomoteur, cognitif, langagier, et psychologique ⁷ – Historique des interventions : • Quelles interventions ont déjà été proposées ? Historique des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses : À quel(le) intensité/rythme/posologie ? Avec quels effets bénéfiques et indésirables ? • Quels aménagements ont été mis en place ? Y a-t-il une reconnaissance MDPH ? Si oui, quelles sont les notifications ? • Quels aménagement/adaptations et stratégie parentale, familiale ou scolaire ont dû être mis en place ?
Examen de l'enfant	– Examen physique standard : poids, taille, vision, audition, cutané, examen neurologique, stade puberté... • Examen de l'enfant/adolescent : plaintes, préférence parentale pour une approche thérapeutique donnée, examen psychiatrique approfondi : anxiété, dépression, régulation émotionnelle, troubles externalisés/usage et troubles de l'usage de substances

⁶ Reco HAS TND Liste facteurs de risque : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/fs_tnd_synthese_v2.pdf

⁷ Reco HAS TND : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco299_recommandations_reperage_tnd_mel_v2.pdf

	– Évaluation du comportement et des aptitudes (de préférence en s'appuyant sur des outils standardisés) • Attention, distractibilité, capacité de concentration (à noter que lors d'une relation duelle celle-ci peut être maintenue) • Impulsivité • Hyperactivité psychomotrice • Régulation émotionnelle : crises de colère, gestion de la frustration, respect des consignes, aversion au délai • Gestion de la planification (organisation des tâches, gestion du temps et des consignes) • Qualité des relations interpersonnelles et amicales • Estime de soi : risque de dévalorisation • Évaluation des habitudes et du rythme de vie (on peut s'aider d'une journée type), sommeil, alimentation, usage des écrans⁸...
Caractéristiques familiales et sociales	– Évaluation de l'environnement familial et social • Les facteurs familiaux, tels que la pratique éducative parentale et les interactions familiales • Les facteurs de stress psychosociaux (actuels et passés) • L'ensemble de la sphère sociale pour avoir des éléments objectifs sur les différents environnements de vie et les facteurs interférant sur l'adaptation : conditions de vie, éducation, présence parentale, contextes spécifiques • Retentissement sur les activités sociales et au sein d'activités extrascolaires (rechercher des antécédents d'exclusion) • Parcours et événements de vie notables de l'enfant et de sa famille • Habitus • Retentissement du TDAH sur la dynamique familiale et le bien-être des parents et de la fratrie • Usage des écrans

⁸ <https://www.drogues.gouv.fr/les-ecrans-et-les-jeux-video>

Évolution du trouble

– Évaluation de l'évolution des symptômes et des plaintes

- Recueil précis des difficultés présentes (préciser l'intensité et la fréquence d'apparition des symptômes) et évaluation de leur retentissement sur le quotidien
- Évaluation de l'efficacité des interventions proposées (évaluer les moyens de compensations déjà mis en place qui peuvent masquer la symptomatologie)
- Évaluation du fonctionnement dans divers environnements (y compris à la maison, à l'école ou au travail, avec des amis)
- Rechercher les obstacles au fonctionnement
- Examen de l'enfant/adolescent : plaintes, préférence parentale pour une approche thérapeutique donnée, examen psychiatrique approfondi : anxiété, dépression, régulation émotionnelle, troubles externalisés/usage et troubles de l'usage de substances
- Évaluation du niveau scolaire et de l'attitude vis-à-vis de l'école et lors d'activités extrascolaires
- Évaluation clinique du langage, de l'écriture, de la lecture, du calcul (à la recherche d'un trouble des apprentissages associé)
- Évaluation des praxies et des habiletés motrices
- Attitude vis-à-vis de l'école : intérêt ou désintérêt (des exclusions scolaires, un refus scolaire, voire une anxiété de performance qui peuvent être des éléments de confusion)
- Évaluation de l'adaptation scolaire, comportementale et des interactions sociales
- Évaluation des performances scolaires, qui peuvent être fluctuantes

2.4.5. Quels sont les autres diagnostics à évoquer : différentiels et comorbidités ?

La complexité du diagnostic de TDAH repose sur l'existence de troubles associés ou comorbidités et l'élimination des diagnostics différentiels.

Il est donc recommandé de conduire une évaluation diagnostique complète selon les éléments définis [dans le tableau ci-dessus](#), et ne pas hésiter à réévaluer cliniquement en cas d'incertitude sur le diagnostic positif ou les diagnostics différentiels.

Il est également important de réévaluer les diagnostics différentiels une fois les symptômes de TDAH améliorés.

Plusieurs pathologies peuvent présenter des symptômes proches ou apparentés à ceux du TDAH. Ces diagnostics peuvent constituer :

- soit un diagnostic différentiel du TDAH et nécessiter alors une intervention thérapeutique spécifique au diagnostic identifié ;
- soit une comorbidité du TDAH (trouble associé à un diagnostic de TDAH) et nécessiter une prise en charge propre à la comorbidité, en plus de celle du TDAH.

Le diagnostic de TDAH n'est pas exclusif et peut être associé à d'autres troubles. Ce diagnostic est cependant essentiel à poser car, outre qu'il implique des orientations thérapeutiques spécifiques, il peut impacter à la fois le fonctionnement global de l'enfant et l'évolution du TDAH.

Il est à noter que la plupart des troubles comorbides, c'est-à-dire associés au TDAH, peuvent également être des diagnostics différentiels, c'est-à-dire des troubles pouvant présenter des symptômes proches du TDAH. Cela ajoute une complexité à la démarche diagnostique.

Il peut être difficile de distinguer un diagnostic différentiel (le TDAH n'est pas retenu comme diagnostic) d'un diagnostic associé (le TDAH est diagnostiqué en plus de comorbidités).

Il convient donc d'être attentif à l'histoire développementale et à la chronologie des symptômes.

Les principaux diagnostics différentiels et comorbidités sont précisés dans [le tableau 2 ci-dessous](#).

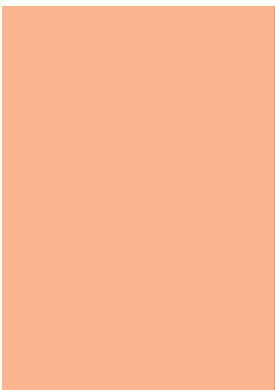
Tableau 2. Principaux autres diagnostics (différentiels ou comorbidités)

Comorbidités et diagnostics différentiels		Exemples de signes d'alerte et conseils
Autres TND	Troubles du développement du langage⁹ : atteinte de l'expression en langage oral et/ou de la compréhension	Enfant inintelligible après 3 ans. Manque de vocabulaire. Déformations phonologiques. Erreurs syntaxiques. Trouble de la compréhension verbale.

⁹ Consensus international CATALISE.

	Trouble des sons de la parole , troubles de la fluence et troubles de la voix, dyspraxie verbale	
	Troubles spécifiques des apprentissages : langage écrit (dyslexie, dysorthographe), mathématiques (dyscalculie)	Déficit dans l'apprentissage de la lecture, de la production écrite, du calcul et du raisonnement logico-mathématique.
	Trouble développemental de la coordination	Peut se manifester par une maladresse anormale (exécution), une difficulté à acquérir de nouvelles coordinations (apprentissage), une lenteur et de l'imprécision dans la réalisation de tâches motrices. Cela impacte les activités de la vie quotidienne, les performances scolaires, les loisirs et les jeux. À évoquer en cas de maladresses particulières qui ne sont pas mieux expliquées par un trouble de l'attention ou d'hyperactivité ou d'impulsivité.
	Tics	Leur présence est fréquente en population TDAH.
	Syndrome de Gilles de la Tourette	Les tics sont des mouvements phoniques ou physiques, répétés et involontaires. Le syndrome de Gilles de la Tourette se caractérise par des tics verbaux et moteurs. Les personnes atteintes d'un syndrome de Gilles de la Tourette sont souvent également atteintes d'un TDAH.
	Trouble du spectre de l'autisme	Le trouble des interactions sociales peut ressembler à des troubles attentionnels. Les interactions sociales, qui sont perturbées dans le TSA, peuvent l'être également dans le TDAH et rendre plus complexe le diagnostic d'autisme. Le TSA peut aussi être associé à un TDAH et compliquer l'établissement de son diagnostic.
Troubles externalisés	Trouble du développement intellectuel (TDI)	Le TDI peut être associé, voire aggravé par un déficit de l'attention.
	Trouble d'opposition provocation Troubles des conduites	Comportement hostile, provocateur, colérique. Pour rappel, l'opposition n'est pas un symptôme de TDAH. Comportements délictueux ou à l'encontre des règles sociales.
Comportements à risque	à Consommation de substances psychoactives	Apparition plus précoce que dans la population générale. Évaluer la consommation de tabac et de cannabis, alcool, protoxyde d'azote, de médicaments opioïdes (par ex. : sirop contre la toux). À évoquer en particulier chez l'adolescent.

		Harcèlement scolaire et cyberharcèlement.
Troubles du sommeil	Insomnie Parasomnies	L'insomnie, le syndrome de retard de phase et les parasomnies (somnambulisme, terreurs nocturnes) sont très fréquents. À noter, un sommeil non réparateur peut se traduire par des symptômes d'hyperactivité, d'irritabilité, de difficultés d'attention. La somnolence diurne chez l'enfant peut s'exprimer sous forme d'une hyperactivité (pour « lutter » contre la somnolence).
	Syndrome d'apnées obstructives du sommeil	Ronflements. Association de symptômes, en plus des ronflements, pauses respiratoires, sueurs nocturnes, nycturie, respiration buccale nocturne. Symptômes diurnes : troubles de l'attention, hyperactivité, irritabilité, somnolence diurne, fatigue le matin au réveil, sensation de sommeil non réparateur.
	Narcolepsie	Elle est caractérisée par l'association d'endormissements diurnes irrépessibles, de chutes brutales du tonus musculaire déclenchées par les émotions positives (cataplexies), d'hallucinations hypnagogiques et de paralysies de sommeil.
	Syndrome des jambes sans repos (SJSR)	Sensations désagréables dans les jambes accompagnées d'un besoin irrépessible de les bouger (impatiences), survenant au repos, soulagées par le mouvement et plus fortes le soir que la journée. Le SJSR peut constituer un diagnostic différentiel de l'hyperactivité mais est par ailleurs une comorbidité fréquente du TDAH. Il peut être observé chez l'enfant TDAH et est souvent sous-évalué.
Énurésie		Comorbidité fréquente chez les enfants présentant un TDAH.
Obésité		Il existe une sur-représentation des TDAH chez les personnes avec obésité.
Troubles du comportement alimentaire		Boulimie, anorexie.
Épilepsie		En particulier sous la forme d'absence avec une suspension brève et brutale de la conscience, et autres épilepsies. Crises convulsives.
Déficit visuel ou auditif		Vérification systématique des capacités visuelles et auditives lors de l'examen clinique.
Pathologies endocriniennes		Hyperthyroïdie ou hypothyroïdie. Diabète. Hyperplasie congénitale des surrénales.
Intoxication		Plomb, mercure. Alcool en exposition prénatale (syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) souvent associé au TDAH).
Traitement médicamenteux		Corticoïdes. Dérivés valproïques en exposition prénatale.
Maladie génétique		De nombreuses variations génétiques peuvent être associées au TDAH avec toutes les modalités de transmission possibles.



Il conviendra donc d'être vigilants quant à des signes orientant vers une forme génétique syndromique ou non. Parmi les atteintes les plus fréquemment impliquées dans le TDAH, citons :

- le syndrome du X fragile,
- le syndrome lié à la délétion 22q11 (ex-syndrome de Di-George),
- les syndromes de Prader-Willi et Angelman (quelle que soit leur origine génétique),
- le syndrome de Williams-Beuren (délétion 7q11.23),
- la neurofibromatose de type 1 (NF1) (mutation ponctuelle de transmission autosomique dominante).

2.4.6. Spécificité du diagnostic chez le très jeune enfant (< 5 ans)

En cas de symptômes évocateurs d'un TDAH chez un jeune enfant (< 5 ans), et dans le cas où le retentissement nécessiterait une intervention précoce, il est recommandé d'orienter l'enfant vers une équipe spécialisée du TDAH de [niveau 2 \(ou de deuxième ligne\)](#)¹¹ pour un avis dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Dans le cadre du repérage du trouble, il est rappelé que depuis 2019, tout enfant, dès son plus jeune âge, chez lequel on suspecte un trouble du neurodéveloppement (TND) peut être orienté vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO) avant même qu'un diagnostic ne soit posé, si l'on a repéré un écart de développement¹².

Ces plateformes concernent les enfants de 0 à 12 ans, leur rôle est d'évaluer, de proposer une intervention thérapeutique et de coordonner le parcours de l'enfant en fonction de ses besoins et dans le respect des souhaits de la famille.

2.4.7. Place des bilans complémentaires

À ce jour, il n'existe pas d'examen complémentaire spécifique du diagnostic de TDAH.

Cependant, les examens neuropsychologiques permettent d'objectiver les ressources cognitives et certaines atteintes des fonctions cognitives parfois sous-jacentes aux symptômes, chez un grand nombre de patients TDAH, bien que des résultats dans la norme ne permettent pas d'exclure la possibilité d'un TDAH.

Le constat de l'altération de fonctions cognitives comme l'attention, la mémoire, ou des fonctions exécutives permet de mieux envisager le plan de soin. Il apporte aussi une meilleure compréhension du fonctionnement et des difficultés qui y sont liées.

Ces bilans doivent s'appuyer sur des outils normés, c'est-à-dire permettant de quantifier les compétences et le niveau de développement de l'enfant par rapport à la norme attendue pour l'âge.

Pour poser le diagnostic de TDAH, le bilan neuropsychologique n'est pas un examen nécessaire. En présence de plusieurs troubles associés, ou d'une suspicion de TDI ou de symptômes sévères, il est recommandé de disposer d'un bilan neuropsychologique, pour établir un plan de soin. Dans

¹¹ Voir Annexe 7. Niveaux de la filière de soin.

¹² Livret d'évaluation TND <https://www.handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2023-03/Volet%20M%C3%A9decin%20-12%20ans.pdf>

les autres cas, un examen neuropsychologique peut être un outil du suivi d'un enfant avec un TDAH.

Des **tests des fonctions attentionnelles et exécutives** peuvent également contribuer à évaluer l'impact du trouble chez l'enfant ou l'adolescent.

Il peut s'agir par exemple (liste non exhaustive) de :

- **TEA-CH (test d'évaluation de l'attention chez l'enfant)** ;
- **NEPSY-2** (évaluation neuropsychologique) ;
- **TAP (tests d'évaluation de l'attention)** ;
- **KITAP** (tests d'évaluation de l'attention adaptés pour les enfants) ;
- **d2-R** à partir de 9 ans (test d'attention soutenue visuelle)...

Cependant, un test avec des résultats dans les zones de normalité n'élimine pas le diagnostic de TDAH.

Des bilans paramédicaux ciblés (par exemple, orthophonique, ergothérapique ou psychomoteur) sont recommandés en fonction des points d'appel clinique et des difficultés observées.

Cependant, le diagnostic de TDAH et la mise en place d'interventions thérapeutiques peuvent se faire sans attendre la réalisation de ces bilans.

2.4.8. Quels outils peuvent aider au diagnostic

Il existe des outils qui permettent de guider le praticien pour le diagnostic de TDAH, l'évaluation des fonctions exécutives, dans la recherche des troubles comorbides et de diagnostics différentiels en psychiatrie.

Outil cliniques (échelles et aide à l'entretien)

L'utilisation d'outils cliniques peut aider à l'identification des critères diagnostiques.

Les outils les plus utilisés en langue française sont :

- les **échelles l'ADHD-RS** qui recensent les 18 critères du TDAH dans DSM-IV existent en plusieurs versions (pour les parents et les enseignants) (accessibles gratuitement) ;
- le **SNAP IV** recueille les critères du TDAH à l'intention des parents et des enseignants et des critères du trouble oppositionnel avec provocation (accessible gratuitement) ;
- les **échelles de Conners** (version parents et enseignants). La traduction utilisée chez les enfants âgés de 6 à 18 ans concerne les questionnaires parents et enseignants. Du fait de l'absence de validation en langue française, les algorithmes de cotation ne semblent pas suffisamment fiables pour être recommandés. Le questionnaire de Conners reste toutefois le premier outil validé aux États-Unis pour la reconnaissance du TDAH en population générale et reste intéressant pour le suivi des enfants et des adolescents avec TDAH¹³.

Entretiens diagnostiques

¹³ La version la plus récente du **questionnaire de Conners** a bénéficié d'une mise à jour en référence aux critères du DSM-5, mais sa traduction en français n'est toujours pas validée. Il permet de rechercher des troubles associés (anxiété et TOP (trouble oppositionnel avec provocation) traduit mais non validé en français.

- Le **KIDDIE-SADS**, <https://sfpeada.fr/k-sads-pl-dsm-5-version-francaise-2018/>, qui permet un entretien psychiatrique complet ;
- **DIVA enfant (ou Young DIVA)** (traduit mais non validé en français).

Pour recueillir des informations auprès de l'enfant et de son entourage, et pour guider la démarche diagnostique, en précisant des éléments observés lors de l'évaluation, il est possible de s'appuyer sur une échelle clinique et de retentissement fonctionnel.

L'utilisation de ces échelles ou entretiens peut permettre au médecin de recueillir des informations précises auprès des différents intervenants de l'enfant et d'avoir une évaluation initiale de référence.

Il peut être utile de s'appuyer sur des outils d'évaluation pour établir le diagnostic de TDAH, rechercher des comorbidités et éliminer un diagnostic différentiel puis de suivre l'évolution du trouble.

L'utilisation de ces outils peut être renouvelée au cours du suivi afin d'apporter des éléments comparatifs structurants pour l'enfant et les soignants.

Ces échelles évoluent régulièrement et sont mises à jour sur le site de **la Société française TDAH**¹⁴.

Des questionnaires peuvent contribuer à évaluer l'impact du trouble sur les fonctions exécutives, notamment en intensité et en fréquence.

Les questionnaires évaluant les fonctions exécutives et validés en français sont :

- les **échelles de Brown (Brown 2020)** : développées en référence aux critères diagnostiques du DSM-5 et validées en langue française pour les enfants âgés de 6 à 18 ans, il existe une version pour les enfants, les parents et les enseignants. Elles évaluent l'intensité du retentissement sur les fonctions exécutives et existent en version numérique et en version auto-questionnaires parent et enfant (pour ces échelles, la cotation est payante) ;
- la **BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Function)** : validée chez les enfants âgés de 2 à 5 ans (BRIEF-P) et de 5 à 18 ans, il existe une version pour les enfants, les parents, les enseignants. Elle évalue la fréquence des difficultés exécutives.

Perspectives

Une échelle clinique d'accès gratuit et validée en population française permettrait d'évaluer les différentes dimensions symptomatiques du TDAH comme des facteurs associés ou différentiels (anxiété, dépression, opposition, troubles des conduites, troubles de la communication sociale).

Le groupe de travail recommande un travail de conception, d'étalonnage en France pour faciliter l'accès aux échelles, certaines étant payantes, d'autres traduites sans validation.

¹⁴ <https://sftdah.fr/>

3. Interventions thérapeutiques du TDAH

Le traitement du TDAH s'appuie sur un concept thérapeutique global, multimodal et pluridisciplinaire dans lequel des interventions psychosociales (incluant les psychothérapies) et pharmacologiques, ainsi que des interventions complémentaires (psycho-éducatives, gestion comportementale, aides éducatives...) peuvent être combinées, en fonction de l'intensité du trouble, de son retentissement et des objectifs partagés par l'enfant et sa famille

3.1. Intervention non médicamenteuse du TDAH

3.1.1. Indications des modalités non médicamenteuses

Il est recommandé de proposer systématiquement des interventions non médicamenteuses (grade C).

Elles sont à coconstruire avec l'enfant et sa famille, en fonction des spécificités du trouble et des comorbidités associées.

L'efficacité du traitement non médicamenteux est réévaluée régulièrement et si besoin adaptée en fonction de l'évolution des symptômes.

3.1.2. Interventions centrées sur l'environnement familial et scolaire

3.1.2.1. Psychoéducation

La psychoéducation est destinée à l'enfant et à sa famille. Elle consiste à délivrer des informations sur le TDAH, ses impacts et comment fonctionner avec ce trouble. Ainsi, en étant mieux informées, mieux formées, les personnes sont parties prenantes du projet thérapeutique, actives et actrices dans le processus de soins.

La reconnaissance et la compréhension des difficultés présentées par l'enfant ont un retentissement positif sur sa qualité de vie et ses relations intrafamiliales et sociales ainsi que sur son estime de soi, et améliorent sa motivation pour adhérer aux interventions thérapeutiques.

Les objectifs de la psychoéducation sont :

- expliquer le diagnostic aux [parents](#) et à l'enfant en s'adaptant au niveau de connaissance et de compréhension des familles et de l'enfant ;
- expliquer le trouble et confronter les idées reçues aux données médicales ;
- accompagner les familles et donner des perspectives d'évolution ;
- détailler et personnaliser les options d'interventions possibles ;
- répondre aux questions de l'enfant et de ses [parents](#).

La psychoéducation est délivrée par des professionnels formés au TDAH tels que définis dans ces recommandations et exerçant dans le champ de la santé.

Il est recommandé de proposer de façon systématique une intervention de psychoéducation à l'enfant et à sa famille dès qu'un diagnostic de TDAH est posé (grade B).

La psychoéducation peut aussi avoir lieu avec les [parents](#) seuls.

Il est recommandé que cette intervention soit initiée dans un temps de consultation dédiée au moment du diagnostic.

Ces interventions de psychoéducation peuvent être renouvelées ultérieurement par le médecin ou par un autre professionnel formé au TDAH et aux interventions thérapeutiques dans le TDAH.

Les interventions de psychoéducation peuvent être conduites sur un mode individuel ou en groupe, et en présentiel ou en distanciel, en fonction de l'appréciation du professionnel et selon le choix de la famille.

De façon complémentaire, des supports d'information (outils numériques, livres, associations de familles...) peuvent être conseillés aux familles ([voir Annexe 5](#)).

3.1.2.2. Programmes d'Entraînement aux Habiletés Parentales (PEHP)

Les [Programmes d'Entraînement aux Habiletés Parentales \(PEHP\)](#) sont des programmes spécifiques destinés aux [parents](#) afin de les aider à adapter leurs stratégies éducatives au quotidien. Ils sont généralement proposés sous forme de groupes thérapeutiques, mais peuvent être réalisés en individuel. Ils peuvent être en présentiel ou en distanciel, en fonction de l'appréciation du professionnel et selon le choix de la famille.

Ces programmes s'appuient sur les principes des thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles (TCCE). La première partie de ces programmes inclut des interventions de psychoéducation.

Ces programmes peuvent être proposés dès qu'un diagnostic est suspecté avant même sa confirmation, ils sont en effet d'autant plus efficaces qu'ils sont mis en place précocement.

Dès que le diagnostic de TDAH est posé, chez l'enfant ou l'adolescent, il est recommandé de proposer en première intention le suivi d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) (grade C).

Ces PEHP sont d'autant plus indiqués si l'enfant présente des troubles du comportement et en particulier un trouble oppositionnel avec provocation.

Il est recommandé que les PEHP (validés et cités ci-dessous) soient mis en œuvre par des professionnels formés au TDAH et à l'animation de ces programmes.

En raison actuellement de leur faible accessibilité sur le territoire, le groupe de travail souhaite le développement de ces PEHP.

Il est recommandé de privilégier le format en groupe qui permet les échanges entre familles et favorise le soutien social, mais il est aussi possible de proposer les PEHP en individuel.

Les premières données sur les évaluations des programmes parentaux en distanciel étant encourageantes, le groupe de travail recommande de proposer si besoin un PEHP selon ce format afin d'améliorer la faisabilité et l'accès aux soins.

Il existe des PEHP spécifiques au TDAH (tableau 3 ci-dessous).

À défaut de pouvoir accéder localement ou en distanciel à ce type de programme, des programmes non spécifiques peuvent également être proposés.

Tableau 3 : Principaux programmes de PEHP disponibles et validés en France : programmes destinés aux professionnels et aux [parents](#)

	Auteur/Manuel	Nombre de séances	Supports pour les séances	Spécificités
Programme de Barkley États-Unis	Russel Barkley « Defiant children » (3 ^e édition - 2013) 3-12 ans « Defiant Teens » (2 ^{de} édition - 2014) Adolescents https://www.russellbarkley.org/books.html https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/education-pedagogie/comment-aider-mon-enfant-hyperactif-_9782738144614.php	8 à 12 séances de 60 à 120 minutes	Jeux de rôle et exercices quotidiens	Le plus répandu en France, facilité de formation et de mise en place Inclut généralement la psychoéducation au TDAH
Mieux vivre avec le TDAH à la maison	Line Massé, « programme multipropulsion » 5-12 ans https://www.pirouette-editions.fr/mieux-vivre-avec-le-tda-h-a-la-maison-985.fr	21 ateliers de 2 h	Capsules vidéo disponibles avec le manuel et supports écrits	Pas de contenu spécifique de psychoéducation au TDAH
Incredible Years « Ces années incroyables » États-Unis	Webster-Stratton « The incredible years » 3-6 ans (traduit en français) https://www.cesanneesincroyables.fr/	14 à 20 séances de 2 à 3 h	Supports vidéo Jeux de rôle Manuel et supports écrits pour les parents	Formation spécifique avec validation pour devenir animateur Pas de contenu spécifique de psychoéducation TDAH
Triple P Australie	Matt Sanders « Positive Parenting Program » 0-12 ans https://www.triplep-parentalite.fr/fr-fr/triple-p/	8 modules de 30 à 60 min	En ligne avec vidéos, fiches de travail, de conseils et d'activité	Adaptation avec des modules online Pas de contenu spécifique de psychoéducation TDAH
Thérapie d'interaction parent-enfant	Sheila Eyberg Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) 2 à 7 ans	12 à 16 séances d'1 h En individuel	2 phases de traitement	Séance proposée aux parents, sans l'enfant, suivie par une série de séances de coaching <i>in</i>



https://www.pcit.org/store/c2/Manuals_and_Handouts.html

IDP : interaction dirigée par le parent
IDE : interaction dirigée par l'enfant

vivo sur des moments de jeu des parents avec l'enfant

3.1.2.3. Place des programmes d'ETP

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une approche qui vise à accompagner les patients et leurs familles dans la gestion de leur santé afin d'améliorer leur qualité de vie.

Dans le cas du TDAH, cette démarche éducative joue un rôle essentiel dans l'acquisition de compétences permettant de mieux composer avec les défis associés à ce trouble neurodéveloppemental.

L'ETP comporte une phase de psychoéducation visant à fournir des explications claires sur les symptômes, les facteurs de risque et les impacts potentiels sur la vie quotidienne notamment.

L'ETP cherche à favoriser l'autonomie du patient en l'aidant à devenir pleinement acteur de la gestion de son TDAH. Cela implique l'identification et le renforcement des compétences personnelles.

Parallèlement, l'accent est mis sur l'enseignement de stratégies d'adaptation pour mieux gérer les difficultés liées aux symptômes du TDAH, comme des techniques et stratégies pour améliorer l'organisation du quotidien (perception du temps, mise en place de routines, rangement de la chambre, gestion de ses affaires), gérer les troubles du comportement en classe et lors des devoirs, comprendre et gérer les colères, utiliser de manière raisonnée et sécurisée les écrans, améliorer la communication intrafamiliale, gérer la prise du traitement.

3.1.3. Quel accompagnement scolaire et pédagogique ?

Le retentissement du TDAH dans le milieu scolaire est généralement important. Il est à considérer dès le diagnostic puis régulièrement au cours de l'évolution.

En collaborant avec l'enfant et sa famille, il est recommandé de faciliter les échanges avec l'établissement scolaire pour mettre en place des aménagements adaptés aux besoins spécifiques des enfants, tout en informant les professionnels de l'école des répercussions scolaires et comportementales du TDAH et des besoins particuliers de l'enfant.

Des [conseils et stratégies](#) à destination des [parents](#) et des enseignants sont détaillés en annexe, ils reprennent les principaux aménagements qui peuvent être proposés¹⁵.

Il est recommandé que les professionnels de l'enseignement et de l'éducation bénéficient d'une formation spécifique dédiée à la connaissance et à la compréhension du TDAH et des TND et à leur retentissement, afin d'optimiser l'accompagnement des élèves concernés.

3.1.3.1. Cas particulier du harcèlement scolaire

Les enfants et adolescents présentant un TDAH sont particulièrement vulnérables vis-à-vis du harcèlement dont ils peuvent être victimes et/ou acteurs.

Il est recommandé d'être systématiquement vigilant vis-à-vis de la problématique du harcèlement scolaire car les enfants TDAH constituent une population vulnérable à ce sujet^{16 17}.

¹⁵ <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/scolarite>

¹⁶ <https://eduscol.education.fr/974/lutter-contre-le-harcèlement-entre-eleves>

¹⁷ [Lutte contre le harcèlement à l'école | Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse](#)

Il est recommandé de prendre en compte les temps périscolaires dans la mise en place des aménagements en sensibilisant les professionnels concernés.

Ces temps périscolaires sont aussi à risque de harcèlement et de difficultés d'intégration.

3.1.3.2. Saisine de la MDPH

Il est recommandé de proposer aux parents de saisir la MDPH lorsqu'un plan de compensation est nécessaire, que ce soit par l'intensité du trouble et/ou l'existence de comorbidités, malgré la mise en place d'interventions thérapeutiques adaptées.

L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées) évalue la situation de l'enfant, élabore et notifie un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation), qui peut contenir, en fonction des besoins et d'une façon générale, une notification d'orientation, de matériel pédagogique, d'aménagements pédagogiques, d'AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé), ainsi que de temps d'aide par un AESH (accompagnant d'élève en situation de handicap).

L'attribution d'une AEEH (il en existe plusieurs niveaux) permet de pallier, partiellement, les dépenses liées au handicap de l'enfant et non prises en charge financièrement par l'assurance maladie ou d'autres sources de financement.

3.1.3.3. Place des AESH

Un AESH (accompagnant d'élève en situation de handicap) constitue une aide humaine destinée à faciliter l'accueil et l'inclusion des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires et à favoriser leur autonomie.

Lorsque le retentissement scolaire est conséquent ou lorsque l'intensité des symptômes du TDAH reste sévère, malgré les traitements entrepris en accord avec les recommandations, la présence auprès de l'élève d'un AESH formé au TDAH peut être utile.

Cependant, la mise en place d'un soutien par un AESH n'est pas recommandée de façon systématique en cas de TDAH isolé léger ou d'intensité modérée.

3.1.3.4. Aménagements scolaires

Il existe trois types d'aménagements scolaires¹⁸

Le **PPRE (programme Personnalisé de Réussite Éducative)** : mis en place par le directeur d'école ou le chef d'établissement, à l'initiative de l'équipe pédagogique avec présentation à la famille et à l'élève, il vise à mettre en œuvre des actions concrètes et ponctuelles – en général sur une durée de quelques semaines – afin d'aider l'élève en difficulté à acquérir une compétence ciblée. Il a l'avantage de pouvoir être rapidement mis en œuvre, sans attendre que le diagnostic posé permette la rédaction d'un PAP.

Le **PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)**¹⁹ : destiné aux élèves sans reconnaissance de handicap, présentant des troubles des apprentissages ou du neurodéveloppement, qui génèrent des

¹⁸ <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/scolarite/ppre-pai-pap-pps-en-quoi-consistent-les-differentes-possibilites-dappui-la-scolarisation>

¹⁹ Circulaire n° 2015-016 du 22-1-2015 de l'Éducation nationale (<https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo5/MENE1501296C.htm>)

difficultés scolaires durables. Le PAP est un document normalisé permettant la mise en place d'adaptations pédagogiques ciblées sur les besoins de l'élève. Le PAP ne peut être mis en place que sur accord d'un médecin, en priorité le médecin scolaire. Il est demandé au médecin de décrire les points d'appui pour les apprentissages²⁰ et le retentissement des troubles sur ces derniers²¹.

Le PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation) : ce plan concerne les enfants en situation de handicap reconnu par la MDPH. Le PPS détermine les besoins de compensation de l'élève (aménagements pédagogiques, matériel pédagogique adapté, modalités d'accompagnement, orientation scolaire).

Si des aménagements sont nécessaires ²², il est recommandé de les formaliser dans le cadre des possibilités d'accompagnement scolaire prévues dans le livret de parcours inclusif (LPI)²³ :

- le plan d'accompagnement personnalisé (PAP) est élaboré par l'équipe pédagogique en y associant l'enfant, les [parents](#) et les professionnels concernés²⁴. La mise en place du PAP nécessite l'avis préalable d'un médecin, en priorité le médecin scolaire. Il décrit le retentissement des troubles sur les apprentissages afin de permettre aux enseignants de sélectionner les aménagements pédagogiques adaptés ;
- la mise en place d'aménagements dans le cadre d'un plan personnalisé de scolarité (PPS) est recommandée si le PAP ne suffit pas. S'il y a une reconnaissance de handicap par la MDPH, le PAP sera remplacé par le PPS ;
- un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)²⁵ est nécessaire si un médicament est à prendre sur le temps scolaire ;
- le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) permet à l'enfant de bénéficier rapidement d'un soutien pédagogique spécifique, dans l'attente de la mise en place d'un PAP.

Il est recommandé que les aménagements pédagogiques soient mis en place le plus rapidement possible, avant même la formalisation du PAP ou la saisine de la MDPH.

3.1.3.5. Aménagement aux examens

Lors des examens, le tiers temps n'est pas adapté de façon systématique à un enfant présentant un TDAH isolé. Il est préférable, pour ces élèves, de demander des pauses en cours d'épreuve, avec temps compensatoire (avec la possibilité de sortir)²⁶.

Parmi les aménagements plus spécifiques du TDAH, on relève les pauses avec temps compensatoire, dès la première heure²⁷ et le passage en priorité pour les épreuves orales.

²⁰ Par exemple, le médecin peut écrire : « Bonne compréhension orale. Lecture fluide, etc. »

²¹ Par exemple, concernant le TDAH, le médecin peut rédiger ainsi : « Difficulté importante à se concentrer, à maintenir son attention dans la durée, à faire deux choses à la fois, à s'organiser. Impulsivité pénalisante, erreurs d'étourderie, difficulté à attendre son tour, à initier et terminer une activité. »

²² <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/scolarite/quelles-sont-les-possibilites-damenagements-et-dadaptations>

²³ <https://eduscol.education.fr/2506/le-livret-de-parcours-inclusif-lpi>

²⁴ [Modèle du document de suivi du PAP école maternelle, école élémentaire, collège et lycée](#) : <https://eduscol.education.fr/document/21424/download>

²⁵ <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo9/MENE2104832C.htm>

²⁶ Le terme « pauses avec temps compensatoire » signifie que toutes les pauses prises par l'élève sont chronométrées, leurs durées additionnées, et rendues à l'élève en fin d'épreuve, dans la limite de 1/3 du temps de l'épreuve. Par exemple, pour une épreuve de 2 heures, si l'élève fait 3 pauses de 10 minutes, il aura 30 minutes supplémentaires pour terminer l'épreuve.

²⁷ Attention, il faut que l'élève le coche spécifiquement, sinon il devra rester assis durant toute la première heure d'épreuve.

Les autres aménagements à demander dépendront des comorbidités ([voir Annexe 2](#)).

3.1.4. Interventions psychosociales destinées à un enfant ayant un TDAH

Une intervention thérapeutique psychologique individuelle peut être proposée chez l'enfant, mais pas à titre systématique. Son indication sera appréciée en fonction des éléments cliniques et de l'engagement de l'enfant et de sa famille.

3.1.4.1. Les thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles (TCCE) destinées à un enfant ayant un TDAH

Les TCCE dans le cadre du TDAH ont pour but d'agir sur le retentissement fonctionnel du trouble.

Plusieurs stratégies de thérapies peuvent être proposées :

- Résolution de problèmes
- Entraînements à la régulation émotionnelle
- Entraînements aux aptitudes sociales
- Gestion des comportements
- Remédiations métacognitives

Les TCCE peuvent s'inscrire dans le parcours de soin d'un enfant ayant un TDAH à un moment donné de son développement, sur une durée encadrée ([voir Annexe 4](#)).

Les thérapies comportementales cognitives et émotionnelles (TCCE), individuelles ou en groupe, sont recommandées en cas d'impact fonctionnel des symptômes anxieux, dépressifs, ou de difficultés dans la gestion des émotions (grade C).

Leur efficacité est meilleure chez l'adolescent que chez l'enfant. Il est recommandé de prendre en considération la motivation du jeune lui-même et l'engagement de sa famille avant de proposer une TCCE.

Les TCCE sont recommandées en associations avec d'autres interventions.

3.1.4.2. Autres interventions non médicamenteuses

Il convient de citer ces autres types d'interventions car elles sont fréquemment évoquées par les parents, la presse ou le grand public.

Neurofeedback (NF)

Il n'y a pas de niveau de preuve suffisant pour proposer le neurofeedback comme traitement du TDAH.

Entraînement cognitif

Il existe différents types d'interventions cognitives²⁸, les données ne sont pas suffisantes à ce jour pour les recommander spécifiquement pour le traitement du TDAH.

Programme basé sur la pleine conscience (*mindfulness*)

Il n'y a pas de niveau de preuve suffisant pour proposer la pleine conscience comme traitement du TDAH chez l'enfant.

²⁸ Entraînement de fonctions cognitives, par exemple la mémoire de travail, se déroulant aujourd'hui le plus souvent à l'aide d'applications numériques.

Autres psychothérapies

Les autres modalités de psychothérapies structurées n'ont pas été suffisamment évaluées dans la littérature concernant leur efficacité spécifique pour le traitement du TDAH de l'enfant.

Thérapie psychanalytique

Les psychothérapies basées sur la psychanalyse ne sont pas un traitement spécifique du TDAH et leur efficacité sur le TDAH de l'enfant n'a pas été suffisamment évaluée dans la littérature.

En l'absence d'évaluation suffisante, les approches psychothérapeutiques de type neurofeedback, entraînement cognitif, programmes basés sur la pleine conscience, thérapie psychanalytique et thérapies autres que les TCCE ne sont pas recommandées dans le traitement spécifique du TDAH.

Les médecines complémentaires et alternatives (MCA)

Les thérapies alternatives n'ont pas démontré leur efficacité et ne sont donc pas recommandées dans le traitement spécifique du TDAH, notamment la kinésiologie, l'ostéopathie et l'acupuncture.

Il est recommandé d'interroger systématiquement les familles sur les stratégies alternatives déjà mises en place ou envisagées, afin de les informer du risque possible en termes de perte de temps, d'argent et voire de possibles effets négatifs sur la santé.

3.1.5. Place des habitudes de vie dans le traitement

Il est recommandé d'interroger de façon systématique les familles sur le mode de vie de l'enfant ayant un TDAH : activité physique, sommeil, alimentation, usage des écrans.

3.1.5.1. Sommeil

Les troubles du sommeil constituant une comorbidité fréquente du TDAH, l'évaluation clinique du rythme veille/sommeil fait partie intégrante de l'évaluation du TDAH.

Plusieurs travaux s'accordent sur une préférence circadienne vespérale (sujet du soir/chronotype du soir) chez les sujets ayant un TDAH de l'enfant à l'âge adulte ainsi qu'une association plus fréquente avec le syndrome de retard de phase.

D'un point de vue symptomatique, ceci peut se traduire par des difficultés d'endormissement et une somnolence diurne excessive.

D'un point de vue physiopathologique, il a été montré chez le sujet ayant un TDAH un décalage de sécrétion de mélatonine²⁹.

Il est recommandé d'évaluer systématiquement le sommeil chez le sujet ayant un TDAH.

L'administration de mélatonine à libération immédiate, permettant une avance de phase du sommeil, peut diminuer les difficultés d'endormissement et améliorer la symptomatologie du TDAH (hors AMM).

²⁹ DLMO : *Dim Light Onset Melatonin* ; DLMO retardé chez le sujet ayant un TDAH.

Il existe une échelle, validée en français, pour le dépistage des troubles du sommeil de l'enfant : échelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant (de 6 mois à 4 ans et de 4 à 16 ans)³⁰.

Plus fréquent chez l'adolescent, un syndrome de retard de phase (retard à l'endormissement associé à une difficulté à se réveiller le matin) justifie de mettre en place des mesures chronobiologiques. Ces mesures comprennent l'instauration d'un temps calme privilégié avant le coucher, des horaires de coucher et lever réguliers, une augmentation de l'exposition lumineuse la journée et une limitation le soir, une incitation à l'activité physique dans la première partie de la journée.

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) s'exprime sous la forme de sensations désagréables dans les jambes augmentant le soir, obligeant le sujet à se relever (un peu comme des fourmis sur les jambes). Marcher sur un carrelage froid, ou bien une douche froide sur les mollets diminue ces sensations désagréables et/ou douloureuses³¹.

L'existence d'un syndrome des jambes sans repos justifie de rechercher une carence martiale afin de la traiter et sinon d'orienter l'enfant vers un spécialiste du sommeil.

Chez un enfant présentant un ronflement et des symptômes évocateurs de TDAH, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est à évoquer car il peut nécessiter d'orienter vers un ORL pour rechercher une hypertrophie (adéno)-amygdalienne.

En cas de troubles du sommeil, il est recommandé de proposer des stratégies comportementales (voir réseau Morphée³², Institut National du Sommeil et de la Vigilance³³) pour la gestion du sommeil, en considérant les besoins spécifiques de l'enfant et de son environnement.

Il faut cependant au préalable avoir éliminé un diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SOAS) pouvant justifier un traitement spécifique.

Il est recommandé d'orienter vers une consultation spécialisée du sommeil si ces stratégies ne sont pas suffisantes.

3.1.5.2. Alimentation

Le TDAH peut être associé à un risque de trouble du comportement alimentaire. Un surpoids ou une obésité peuvent être associés au TDAH.

Il est recommandé d'être vigilant sur le comportement alimentaire et sur l'équilibre nutritionnel (programme PNNS³⁴) de l'enfant.

Il n'est pas recommandé de proposer des évictions alimentaires, ni des régimes spécifiques (qui risquent par ailleurs d'entraîner des carences) ou des suppléments, en tant que traitement du TDAH.

³⁰ <https://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/2020/05/15/echelles-de-depistage-des-troubles-du-sommeil-de-lenfant/>

³¹ <https://www.sfrms-sommeil.org/reglementation-bonnes-pratiques/>

³² <https://reseau-morphee.fr/>

³³ <https://institut-sommeil-vigilance.org/>

³⁴ Programme national nutrition santé

3.1.5.3. Activité physique

Bien que non spécifique, il est recommandé de conseiller aux enfants et adolescents ayant un TDAH la pratique d'une activité physique régulière, c'est-à-dire au moins 30 minutes d'activité physique soutenue (recommandations de l'OMS³⁵), au moins trois fois par semaine.

Chez l'enfant ayant un TDAH, l'activité physique permet de se dépenser mais a aussi des effets bénéfiques sur le cerveau, en améliorant les capacités cognitives.

3.2. Traitement médicamenteux du TDAH

3.2.1. Indications du traitement médicamenteux

Les stratégies d'utilisation du médicament se basent sur l'âge, l'intensité et le retentissement du trouble. Elles doivent être systématiquement associées à des mesures non médicamenteuses.

3.2.1.1. Avant l'âge de 6 ans

En cas de diagnostic de TDAH chez un enfant de moins de 6 ans après avis spécialisé, le traitement s'appuie sur des mesures non médicamenteuses telles que les Programmes d'Entraînement aux Habilités Parentales (PEHP).

En France, chez les enfants de moins de 6 ans, les traitements psychostimulants n'ont pas l'AMM pour le TDAH.

Bien que l'utilisation du méthylphénidate (MPH) chez l'enfant de moins de 6 ans soit hors AMM, le groupe de travail propose que le traitement médicamenteux puisse être prescrit avant l'âge de 6 ans, en cas de TDAH particulièrement sévère et après échec des mesures non médicamenteuses. Dans ce cas, un avis pluridisciplinaire est nécessaire.

Avant l'âge de 6 ans, dans les cas les plus complexes et les plus sévères où un traitement médicamenteux par méthylphénidate (MPH) serait envisagé, il est recommandé que celui-ci soit prescrit par une équipe spécialisée du TDAH de niveau 2 (ou de deuxième ligne) ou dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Dans ce cas, il est recommandé que la prescription de méthylphénidate (MPH) porte la mention hors AMM et que les [parents](#) soient informés que cette prescription ne pourra pas être remboursée compte tenu de son caractère hors AMM.

Il est cependant possible de demander un remboursement à la CNAM à titre individuel.

3.2.1.2. À partir de l'âge de 6 ans

Le traitement médicamenteux par méthylphénidate (MPH) est recommandé quand les mesures non médicamenteuses seules s'avèrent insuffisantes.

³⁵ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Dans les cas de formes d'intensité sévère, le groupe de travail recommande qu'il soit possible de débiter un traitement médicamenteux par méthylphénidate (MPH) rapidement après la mise en place de la psychoéducation, afin de ne pas retarder l'efficacité du processus thérapeutique.

3.2.2. Les traitements médicamenteux disponibles et leurs indications : stratégie de prescription médicamenteuse

3.2.2.1. Psychostimulant

La seule molécule disposant d'une AMM en France concernant le traitement du TDAH chez l'enfant à partir de 6 ans et l'adolescent et commercialisée est le méthylphénidate (MPH).

Le méthylphénidate est un psychostimulant, qui n'est ni une amphétamine, ni un dérivé d'amphétamine. En effet, le MPH ne libère pas la dopamine nouvellement synthétisée dans la fente synaptique contrairement à l'amphétamine.

Il est à noter que les spécialités à base de méthylphénidate ont été réévaluées en 2020 par la commission de transparence de la Haute Autorité de santé à la demande de la direction de la Sécurité sociale et de la direction générale de la Santé³⁶ ; la commission a considéré que le service médical rendu par ces spécialités restait important dans l'indication du Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) chez l'enfant.

Les résultats des études cliniques sont en faveur d'une efficacité du méthylphénidate, par rapport au placebo, sur l'amélioration des symptômes du TDAH (signes d'hyperactivité, inattention et impulsivité) chez les enfants et adolescents d'âge scolaire à court terme. Ces résultats ont principalement porté sur des études de durées de suivi courtes (< 6 mois).

Le MPH existe sous plusieurs formes galéniques :

- une forme à libération immédiate ;
- des formes à libération modifiée (contenant à la fois du MPH à libération immédiate (LI) et du MPH à libération prolongée (LP)).

Lorsqu'il y a une indication de traitement médicamenteux, les psychostimulants sont en France les traitements médicamenteux à proposer en première ligne. Dans tous les cas, les mesures non médicamenteuses doivent être aussi proposées en parallèle.

L'indication d'un psychostimulant dans le TDAH de l'enfant de plus de 6 ans et de l'adolescent peut s'envisager en cas de TDAH pour lequel le traitement non médicamenteux est insuffisamment efficace.

Lorsqu'il y a une indication de traitement médicamenteux, il est recommandé de privilégier en première intention la prescription de méthylphénidate à libération prolongée (LP) (grade A).

L'efficacité et la tolérance du MPH varient d'une personne à l'autre sans qu'il soit possible de le prévoir, et pour une même personne d'une spécialité à l'autre.

³⁶ Haute Autorité de santé. Rapport d'évaluation des spécialités à base de méthylphénidate. Commission de la transparence. Annexe. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/rapport_reevaluation_methylphenidate_avisdef_cteval48_5.pdf

En cas de mauvaise tolérance ou d'inefficacité, il est recommandé d'adapter le dosage ou de proposer une autre spécialité galénique de méthylphénidate (grade B).

Tableau 4 : Méthylphénidate : spécialités médicamenteuses commercialisées en France (2024)

Produit (DCI)	Nom commercial	Forme galénique et dosage	Durée de l'effet	Libération (%LI)	Date de l'AMM
Méthylphénidate (LI)	Ritaline	Cp sécable 10 mg	2-4 h	100	31/07/1995
Méthylphénidate (LP)	Ritaline LP	Gel 10, 20, 30, 40 mg	~ 8 h	50	05/05/2003 (pour le 10 mg : 01/08/2011)
Méthylphénidate (LM)	Quasym LP	Gel 10, 20, 30 mg Administration possible à jeun	~ 8 h	30	27/12/2006
Méthylphénidate OROS (LP)	Concerta LP	Cp 18, 36, 54 mg À prendre en entier sans sectionner le comprimé Administration pendant ou en dehors des repas	~ 12 h	22	28/03/2003
Méthylphénidate (LM)	Medikinet	Gel 5, 10, 20, 30, 40 mg Administration pendant ou après le repas	~ 8 h	50	18/07/2011
Méthylphénidate générique	Méthylphénidate ViatrixLP ³⁷ (générique de Concerta LP)	Cp 18, 36, 54 mg Cp sécable (36 et 54 mg uniquement)	~ 12h	22	12/01/2018
	Méthylphénidate Biogaran LP (générique de Concerta LP)	Cp 18, 36, 54 mg	~ 12h	22	17/02/2023
	Méthylphénidate Arrow LP (générique de Ritaline LP)	Gel 10, 20, 30, 40 mg	~ 8h	50	30/04/2021

LI : libération immédiate ; LP : libération prolongée ; LM : libération modifiée ; Cp : comprimé ; Gel : gélule^{38 39}

³⁷ MPH Viatrix : ex-MPH Mylan

³⁸ Répertoire des génériques (p. 482) <https://ansm.sante.fr/documents/reference/repertoire-des-medicaments-generiques>

³⁹ Base publique des médicaments : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

Concernant les formes à libération modifiée/prolongée, afin de faciliter l'administration du traitement, en particulier chez l'enfant, il est possible d'ouvrir certaines gélules pour en ingérer le contenu mais il ne faut pas croquer les comprimés, car il s'agit de formes à libération prolongée.

Pour répondre aux questions de l'enfant et de sa famille, relatives au traitement médicamenteux, un livret est disponible sur le site de la SFPEADA : [https://pharmacologie.sfpeada.fr/pathologie/tdah/Fiche%20information%20famille%20TDAH%20\(livret%20Nantes%202018\).pdf](https://pharmacologie.sfpeada.fr/pathologie/tdah/Fiche%20information%20famille%20TDAH%20(livret%20Nantes%202018).pdf)

3.2.2.2. Non-psychostimulants

Les non-psychostimulants sont des médicaments de deuxième ligne pour le traitement des symptômes du TDAH, en raison du taux de réponse et de l'ampleur de l'effet plus faibles que pour les psychostimulants.

Ils peuvent être proposés lorsque les psychostimulants sont contre-indiqués, inefficaces ou mal tolérés.

En cas de mauvaise tolérance ou d'inefficacité et en cas de contre-indication aux psychostimulants, malgré différents essais de forme galénique ou d'adaptation posologique de méthylphénidate, il est possible de proposer de l'atomoxétine (sous AAC) (grade B) et en troisième ligne de la clonidine (hors AMM).

La spécialité à base d'atomoxétine (Strattera®) bénéficie d'une AAC⁴⁰ dans l'indication de TDAH, des enfants et adolescents après échec ou contre-indication des traitements bénéficiant d'une AMM dans cette indication. Il s'agit d'un inhibiteur du transporteur présynaptique de la noradrénaline sans affinité majeure pour les autres systèmes de neurotransmission.

Pour plus d'informations sur l'atomoxétine :

ANSM : <https://ansm.sante.fr/tableau-acces-derogatoire/strattera#>

Fiche OMÉDIT⁴¹ (août 2022) atomoxétine : <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/36323/strattera-fiche-pds-1-.pdf>

La clonidine (Catapressan®) est un antihypertenseur d'action centrale de type agoniste sélectif des récepteurs adrénergiques α_2 qui en France n'a pas d'AMM chez l'enfant et l'adolescent pour le TDAH.

La clonidine est proposée dans certains pays pour le traitement du TDAH en troisième intention. Elle peut être envisagée en co-médication avec le MPH (hors AMM) ou en monothérapie, si le traitement initial par MPH seul est insuffisant.

À titre d'information, la guanfacine (spécialité INTUNIV®), agoniste alpha adrénergique, dispose d'une AMM européenne centralisée dans le traitement du TDAH des enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans inclus chez qui les médicaments psychostimulants ne sont pas adaptés, n'ont pas été tolérés et/ou

⁴⁰ AAC : autorisation d'accès compassionnel, anciennement ATU nominative : autorisation temporaire d'utilisation

⁴¹ Les OMÉDIT (observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques) sont des structures régionales d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique indépendante, placées auprès des agences régionales de santé.

efficaces. Cette spécialité a été évaluée par la commission de la transparence en 2017⁴². Cependant, ce produit n'est pas commercialisé en France.

Enfin, à l'étranger d'autres traitements psychostimulants ou non psychostimulants sont prescrits pour le TDAH. Bien que ces produits n'aient pas l'AMM en France, des patients étrangers traités par ces médicaments peuvent consulter en France et il est utile que les médecins français les connaissent.

Autres traitements psychostimulants prescrits dans le TDAH mais non commercialisés en France :

La **Lisdexamfetamine** bénéficie d'une AMM dans le traitement du TDAH de l'enfant (à partir de 6 ans et après échec du méthylphénidate) en Europe dans les pays suivants (14 pays) : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Irlande, Liechtenstein, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Suède, Suisse et Royaume-Uni.

La **Dexamfetamine** bénéficie d'une AMM dans le traitement du TDAH de l'enfant (à partir de 6 ans et après échec du méthylphénidate) en Europe dans les pays suivants (11 pays) : Allemagne, Danemark, Finlande, Islande, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Suède, Suisse et Royaume-Uni.

3.2.3. Bilan pré-thérapeutique

Un bilan pré-thérapeutique⁴³ standard est recommandé au regard du profil de tolérance du méthylphénidate ; celui-ci comprend :

- une évaluation de l'état cardiovasculaire de l'enfant incluant la mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque ;
- une anamnèse complète documentant les traitements concomitants, les troubles ou symptômes associés médicaux et psychiatriques antérieurs et actuels, les antécédents familiaux de mort subite ou de cardiopathie rythmique ;
- une mesure du poids et de la taille de l'enfant avant le début du traitement ;
- une recherche des contre-indications au MPH.

Les éléments cliniques cardiaques suivants sont à rechercher de façon systématique :

- antécédent de cardiopathie congénitale ou chirurgie cardiaque antérieure ;
- antécédent de mort subite chez un parent au premier degré de moins de 40 ans évoquant une maladie cardiaque ou anamnèse familiale inaccessible ;
- anomalie à l'auscultation cardiaque ;
- hypertension artérielle (HTA).

Chez l'enfant, il n'y a pas d'indication à réaliser de façon systématique un ECG avant d'instaurer un traitement par méthylphénidate.

Mais en cas de doute ou d'élément positif, il est recommandé de demander un avis cardiologique ou de réaliser un ECG.

⁴² Avis de la commission du 17 mai 2017. Site HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769369/fr/intuniv-guanfacine-agoniste-alpha-adrenergique [accédé le 23/05/2024]

⁴³ Avis CT HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/rapport_reevaluation_methylphenidate_avisdef_cte-val485.pdf

3.2.4. Modalités de prescription

3.2.4.1. Prescripteurs

Actuellement, en France la primo-prescription et le renouvellement annuel ne sont autorisés qu'aux psychiatres, pédiatres et neurologues. Il est à noter que depuis le 13 septembre 2021, il n'est plus nécessaire que ce spécialiste travaille dans un hôpital. Dans les périodes intermédiaires, tout médecin peut renouveler cette prescription et peut l'adapter⁴⁴.

Il existe actuellement des difficultés d'accès aux seuls spécialistes du trouble selon la qualification actuelle (psychiatres, pédiatres et neurologues), conduisant à des retards, voire à des défauts d'interventions thérapeutiques.

Le groupe de travail souhaite que tout médecin formé au diagnostic et au traitement du TDAH, tel que défini dans le préambule [Formation des professionnels médicaux au TDAH](#), considéré alors comme *médecin spécialisé* du TDAH, puisse initier et renouveler la prescription d'un traitement médicamenteux du TDAH.

Afin de faciliter l'accès à ces traitements, l'introduction d'un traitement par méthylphénidate et son renouvellement annuel devraient pouvoir être réalisés⁴⁵, à l'avenir, par un médecin spécialisé du trouble, c'est-à-dire ayant validé une formation au diagnostic et au traitement du TDAH et des TND.

Dans le cadre du parcours de soin coordonné, il est recommandé que le médecin spécialisé du TDAH, initiateur de la prescription et du renouvellement annuel, transmette des informations médicales et explicatives au médecin intervenant dans le parcours pour les renouvellements.

3.2.4.2. Ordonnance sécurisée

Le méthylphénidate est inscrit sur la liste des stupéfiants et doit être prescrit sur une ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours.

Actuellement, l'initiation et le renouvellement annuel d'un traitement par méthylphénidate nécessitent une prescription par un spécialiste du trouble selon la qualification actuelle (psychiatre, pédiatre, neurologue). Cette prescription du spécialiste a une validité d'un an. Dans les périodes intermédiaires, tout médecin peut renouveler cette prescription.

L'ordonnance sécurisée comprend une prescription écrite en toutes lettres et mentionne le nom et la localisation de la pharmacie où le médicament va être dispensé au patient ou à sa famille.

Le traitement est délivré par le pharmacien en officine sur présentation de l'ordonnance initiale du spécialiste, ou d'un renouvellement d'ordonnance accompagné de l'ordonnance initiale datant de moins d'un an ([voir Annexe 6](#)).

⁴⁴ Selon le Code de la santé publique, depuis décembre 2012, en cas de nécessité, elle peut comporter une modification de la posologie ou de la durée du traitement (CSP article R. 5121-88 modifié par décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 – art. 2).

⁴⁵ PG.

3.2.5. Adaptation du traitement médicamenteux

3.2.5.1. Modalités d'adaptation des doses

Il est recommandé de débiter avec la dose la plus faible possible (autour de 0,3 mg/kg/j) et d'adapter progressivement la posologie en fonction de la tolérance et de l'efficacité, jusqu'à atteindre une posologie optimale.

Les durées des paliers pourront être adaptées selon l'âge, selon les comorbidités (notamment anxieuses) (grade B).

La posologie quotidienne maximale recommandée de méthylphénidate est de 60 mg/j sans dépasser 1 mg/kg/j (selon les RCP). Des doses supérieures sont possibles dans des cas particuliers avec une surveillance renforcée.

Généralement, il convient d'éviter l'administration de méthylphénidate de forme LP en fin d'après-midi ou le soir en raison du risque d'insomnie.

Les modalités de prescription, définies par le médecin spécialisé, peuvent être variables (prescription continue ou prescription discontinue). Le choix de ces modalités est établi au cas par cas, en fonction de la symptomatologie de l'enfant et de la tolérance au traitement.

Il n'y a pas de recommandation d'arrêt systématique du traitement durant le week-end ou les vacances scolaires.

Dans une dynamique d'évaluation, une fenêtre thérapeutique adaptée peut être envisagée en concertation avec la famille et l'enfant en fonction du retentissement et des effets secondaires, et des stratégies de compensations développées par l'enfant ou l'adolescent.

La prise en continu ou discontinu du traitement est une décision basée sur les éléments cliniques, le retentissement, la tolérance et la concertation avec la famille et l'enfant.

Effet fin de dose⁴⁶

La durée d'efficacité du MPH est limitée, de quelques heures pour les formes LI à 8/12 h pour les formes LP.

En fin de journée, lorsque les effets du médicament viennent à se dissiper, les symptômes de TDAH peuvent réapparaître. Dans ce cas, à la suite ou en association avec des mesures comportementales, il est possible d'envisager l'administration d'une faible dose (5 mg ou 10 mg selon le poids) de méthylphénidate forme LI (en plus du traitement LP habituel). Les avantages et les inconvénients de l'administration de cette faible dose en fin de journée sont à considérer au cas par cas.

3.2.5.2. Adaptation du traitement en cas de comorbidités

Il est recommandé de traiter les comorbidités avérées, parallèlement au TDAH.

⁴⁶ Effet fin de dose : réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement.

Lors de l'initiation du traitement médicamenteux, en cas de comorbidité associée (troubles anxieux, de tics ou de TSA, épilepsie associés), il est recommandé de procéder à une augmentation plus progressive des posologies, d'effectuer des paliers plus longs et de surveiller les symptômes et les effets indésirables plus fréquemment.

L'usage de substances addictives ne constitue pas en soi une contre-indication à l'initiation du MPH, mais des précautions et/ou soins supplémentaires (stabilisation des consommations, prise en charge spécifique, paliers de dose plus progressifs, par exemple) peuvent être appliqués.

3.2.6. Surveillance de la tolérance du traitement médicamenteux

Après la titration⁴⁷ et la stabilisation de la dose, il est recommandé d'établir un protocole de surveillance en appliquant les règles suivantes, en collaboration avec le médecin qui suit l'enfant :

- surveiller l'efficacité des médicaments pour le TDAH et les effets indésirables, et documenter dans le dossier médical de la personne ;
- encourager l'enfant ou l'adolescent prenant le médicament pour le TDAH et ses [parents](#) à surveiller et à communiquer les effets indésirables ;
- utiliser une fiche de suivi du traitement (voir proposition outil Fiche de suivi méthylphénidate enfant).

3.2.6.1. Surveillance poids/taille

Lors de l'instauration du traitement médicamenteux puis régulièrement durant la phase de suivi, il est recommandé de :

- mesurer la taille et surveiller l'appétit tous les 3 mois ;
- mesurer le poids tous les 3 mois, ou plus souvent en cas d'insuffisance ou d'excès pondéral ;
- surveiller tous les 3 mois l'évolution de la croissance staturopondérale et de l'IMC de l'enfant sur une courbe de croissance.

En cas de perte de poids, différentes stratégies compensatoires peuvent être mises en place :

- adapter les repas : prendre un petit déjeuner, augmenter la valeur énergétique des repas (en particulier du petit déjeuner), rajouter des collations en début et fin de journée (en dehors des effets médicamenteux) ;
- adapter le traitement : faire une fenêtre thérapeutique ou passer à une autre spécialité galénique de méthylphénidate.

En cas de ralentissement de la courbe de croissance et nécessité clinique de poursuivre le traitement, une interruption planifiée du médicament (par exemple, en période de vacances scolaires) est à envisager, voire demander un avis spécialisé.

3.2.6.2. Surveillance cardiovasculaire et biologique

Il est recommandé de :

- surveiller la fréquence cardiaque et la pression artérielle et les comparer avec l'âge normal et les mesures antérieures avant et après chaque changement de dose et au moins tous les 6 mois ;

⁴⁷ Titration : augmentation ou diminution progressive des doses de médicament jusqu'à trouver la dose efficace et bien tolérée.

- ne pas proposer systématiquement un bilan biologique de routine (y compris des tests de la fonction hépatique) ou un ECG aux patients traités par méthylphénidate pour un TDAH, sauf en cas d'indication clinique (grade C).

En cas d'apparition de symptômes cardiaques persistants ou répétés (sensations de palpitations), il est recommandé d'interrompre le traitement et de prendre l'avis d'un cardiologue.

3.2.6.3. Surveillance des troubles du sommeil

Des troubles du sommeil peuvent être liés aux symptômes du TDAH ou être une comorbidité. Mais ces troubles peuvent aussi survenir ou être aggravés par le traitement médicamenteux.

Il est recommandé de porter une attention particulière en cas de difficultés d'endormissement apparues ou exacerbées par le traitement dans la mesure où la réduction du temps de sommeil peut représenter un frein au bon déroulement du processus thérapeutique (grade C).

Si besoin, il est nécessaire d'adapter le traitement (réduction des posologies, modification de molécule, heure de prise) en conséquence.

3.2.6.4. Surveillance de l'apparition de tics

L'association entre un traitement par méthylphénidate et les tics reste aujourd'hui controversée. Il est cependant recommandé de surveiller l'apparition de tics qui peuvent conduire à la révision ou à l'arrêt du traitement, en cas d'aggravation importante sous traitement ou en cas de caractère invalidant et demander un avis à un spécialiste de niveau 3.

Il est à noter que ces tics peuvent aussi être seulement temporaires.

La surveillance devra être effectuée à chaque adaptation posologique, puis au moins tous les 6 mois ou à chaque visite.

3.2.6.5. Surveillance des symptômes psychiatriques

Des cas d'apparition de symptômes psychiatriques ou d'exacerbation de troubles psychiatriques préexistants ont été rapportés avec le méthylphénidate : aggravation de l'anxiété, dépression, survenue de symptômes psychotiques ou maniaques, idées suicidaires, agressivité, comportement hostile, agitation psychique, etc.

Le méthylphénidate est à utiliser avec précaution si l'intérêt clinique est avéré (bénéfices attendus supérieurs aux risques), chez les patients avec un diagnostic ou des antécédents de troubles psychiatriques (par ex. : dépression sévère, manie, schizophrénie, anorexie mentale ou troubles anorexiques, tendances suicidaires, symptômes psychotiques, etc.).

L'apparition de nouveaux troubles psychiatriques ou l'aggravation de troubles psychiatriques préexistants sous traitement sont à rechercher lors de chaque adaptation posologique, puis au moins tous les 6 mois et à chaque visite. L'arrêt du traitement, la diminution de dose ou un changement de traitement peuvent alors être envisagés.

3.2.6.6. Addiction

Les données de la littérature n'ont pas mis en évidence de risque d'addiction à long terme au traitement par méthylphénidate chez les enfants présentant un TDAH bénéficiant de ce type de traitement.

Par ailleurs, le traitement par MPH chez l'enfant ayant un TDAH entraîne une diminution du risque de conduite addictive à l'adolescence et à l'âge adulte.

3.2.7. Risque de mésusage, abus et usage détourné

Il convient d'être vigilant, en particulier au moment de l'adolescence, quant au risque d'usage détourné, de mésusage.

D'une façon générale, à l'adolescence et surtout à l'âge adulte, le TDAH est statistiquement plus associé aux conduites addictives que dans la population générale. Il existe une abondante littérature scientifique montrant que le traitement médicamenteux a tendance à diminuer ce risque même s'il ne l'annule pas.

Chez les enfants ou adolescents avec TDAH, en particulier à partir de l'entrée au collège, il est recommandé de rechercher à l'interrogatoire une conduite addictive, y compris sans substance.

Le MPH peut parfois, y compris chez des personnes sans TDAH, être détourné de son indication et utilisé comme stimulant intellectuel (étudiants, professions très actives...). Ce phénomène, encore peu fréquent en France, n'est cependant pas rare à l'international.

3.2.8. Diminution de posologie ou arrêt du traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux est adapté au cas par cas en fonction de l'efficacité et de la tolérance du produit.

Lors de la phase initiale de traitement, il est recommandé :

- en cas d'efficacité et de bonne tolérance du traitement, de poursuivre la posologie ;
- en cas d'effets indésirables limitant l'ascension de posologie jusqu'à une dose efficace, de proposer une autre présentation galénique ;
- en cas d'échec de plusieurs présentations galéniques de MPH, d'envisager la possibilité de prescription d'atomoxétine/Strattera.

Dans le cadre du suivi, il est recommandé :

- en cas d'effets indésirables graves, d'arrêter le traitement médicamenteux et de réévaluer la situation ;
- en cas de perte d'efficacité à la posologie d'entretien, de vérifier les modalités d'administration, le poids de l'enfant, l'existence d'événements intercurrents (prise de toxique, insomnie, dépression de l'enfant, harcèlement...) ;
- en cas de survenue d'effets indésirables (irritabilité, majoration de la labilité émotionnelle...), de réduire la posologie et de rechercher des événements intercurrents.

Pour rappel, en cas d'effets indésirables graves, une déclaration systématique des effets indésirables doit être faite aux centres régionaux de pharmacovigilance⁴⁸.

En cas d'inefficacité et/ou d'intolérance, le traitement MPH peut être arrêté rapidement. Des symptômes du TDAH peuvent réapparaître à l'arrêt du traitement.

⁴⁸ <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>

Il n'y pas de précaution particulière concernant l'arrêt du traitement médicamenteux qui peut être arrêté rapidement.

L'arrêt du traitement médicamenteux peut être motivé par :

- un changement d'environnement ;
- la nécessité d'un aménagement de temps sans traitement pour des raisons de tolérance ;
- une réévaluation annuelle de l'utilité à maintenir le traitement ;
- le souhait de l'enfant et de sa famille, notamment lorsque des soins non médicamenteux semblent apporter suffisamment d'aide.

Lors de l'initiation, il est difficile de prévoir la durée du traitement, qui devra parfois être poursuivi à l'âge adulte.

En cas de décision d'arrêter le traitement en lien avec une amélioration de l'état du patient ou par choix du patient et de ses parents, le traitement peut être arrêté rapidement ou de façon discontinue (par exemple, pas d'administration les jours où la charge cognitive est moins importante), afin de s'assurer que le traitement n'est plus cliniquement nécessaire.

Plus de détails sur les modalités de prescription du méthylphénidate figurent dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) disponible sur la base de données publique des médicaments : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

4. Information et consentement de l'enfant et de sa famille

Tout projet thérapeutique chez l'enfant s'accompagne d'un travail explicatif et de co-construction avec l'enfant lui-même et ses [parents](#).

Il est recommandé d'informer l'enfant et sa famille, concernant :

- les caractéristiques et l'évolution du TDAH ;
- les différentes modalités de traitement non médicamenteux et médicamenteux, en précisant des données d'efficacité et la balance bénéfices/risques afin d'aider l'enfant et sa famille à participer à la décision thérapeutique.

Lorsque l'un des titulaires de l'autorité parentale a fait connaître au médecin son opposition à la prise en charge du mineur, le médecin ne peut pas, sauf urgence, se dispenser de son accord.

En cas de désaccord entre les parents concernant un acte médical, le juge aux affaires familiales peut être saisi par l'un des parents⁴⁹.

Il est recommandé que le traitement médicamenteux s'intègre aussi dans une démarche de décision de soin partagée avec l'enfant et ses [parents](#).

Cette décision de soin partagée⁵⁰ est à obtenir afin d'augmenter l'observance, d'éviter une dissension intrafamiliale sur le traitement et d'améliorer l'efficacité du processus thérapeutique.

Le choix des interventions thérapeutiques sera adapté en fonction du souhait de l'enfant. L'ensemble de ces éléments peut être abordé dans le cadre des programmes de psychoéducation.

⁴⁹ Informations figurant sur le site du CNOM <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/prise-charge/patient-mineur>

⁵⁰ HAS (2015). Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf

5. Coordination du processus thérapeutique lors du passage à l'âge adulte

Lors du passage à l'âge adulte, le contexte et les modalités du traitement évoluent et il est essentiel lors de cette étape de préserver la continuité des soins.

Afin de faciliter la continuité des soins lors de cette étape de transition de l'adolescence à l'âge adulte, il est recommandé d'anticiper cette étape plusieurs mois à l'avance.

Il est recommandé de mettre en place une coordination entre les professionnels concernés (enfants et adultes), si possible pilotée par un référent (pédopsychiatre, pédiatre, médecin généraliste, psychologue...).

Cette coordination aura pour but de proposer un accompagnement adapté aux besoins du patient lors de la période de transition de l'adolescence à l'âge adulte et une orientation précise vers un service adulte.

Cette étape de transition nécessite d'impliquer le patient TDAH et sa famille, cette étape étant par ailleurs l'occasion de réévaluer les difficultés et les besoins du jeune patient et d'adapter si besoin le traitement.

Le TDAH est un trouble chronique qui persiste le plus souvent à l'âge adulte.

Lors du passage à l'âge adulte, il est recommandé de soutenir l'adolescent dans le développement de son autonomie et la gestion de son trouble, en association avec l'intervention des services ou professionnels formés au TDAH de l'adulte.

6. TDAH et recours aux outils numériques

6.1. Généralités

De nombreux outils numériques se développent et peuvent contribuer à l'organisation du parcours et du traitement des personnes avec un TDAH :

- ils peuvent permettre d'organiser le parcours, les interventions et le suivi à distance des patients via le recours à la télémedecine⁵¹ ou au téléssoin. Ces nouvelles organisations des soins à distance, notamment la téléconsultation⁵² et la téléexpertise, peuvent permettre de faciliter l'accès aux soins et à l'expertise médicale face aux difficultés d'accès à un spécialiste du TDAH. Aucune solution de télésurveillance médicale dédiée aux patients atteints de TDAH n'a été identifiée ;
- ils peuvent être un soutien à la coordination des soins (dossiers patients, messageries sécurisées...) ;
- en parallèle, des outils numériques d'évaluation cognitive, de psychoéducation ou des « thérapies numériques » font l'objet de travaux et sont disponibles. Malgré des premières études présentant des résultats encourageants, ils n'ont pas fait l'objet à ce jour de preuves suffisantes.

Dans ces recommandations, ne seront abordés que les outils relevant de la télémedecine.

6.2. Téléconsultation

Les recommandations de bonnes pratiques pour la téléconsultation et téléexpertise émises par la HAS en 2019⁵³ s'appliquent au contexte du TDAH, notamment l'utilisation d'une vidéotransmission lors d'une téléconsultation.

En complément, au vu des spécificités du TDAH, il est recommandé au professionnel lorsqu'il s'agit d'une téléconsultation en présence de l'enfant :

- de vérifier la présence d'un représentant légal à proximité de l'enfant et son identité ;
- autant que faire se peut, l'enfant devrait être dans le champ de la caméra lors de la consultation pour permettre l'observation clinique du patient ;
- pour le professionnel, d'être attentif à sa posture compte tenu de la barrière liée à l'écran. Il est en effet conseillé de :
 - ne pas sortir du champ de la caméra et d'échanger face à l'enfant et aux adultes référents,
 - utiliser un langage clair avec des phrases courtes,
 - s'assurer de la qualité de l'image avec un arrière-plan statique/épuré uni et plus sombre avec de la lumière directement sur le visage,
 - s'assurer de capter autant de communications non verbales que possible. Une bonne distance à la caméra est recommandée pour inclure la tête, le cou, le haut du corps et les bras (grade C).

Par ailleurs, la téléconsultation peut permettre de clarifier les décisions de chacun des représentants légaux concernant le traitement de leur enfant, notamment dans le cas d'impossibilité de consultation

⁵¹ Selon l'art. L. 6316-1 du Code de la santé publique, les actes de télémedecine sont des « actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Il existe 5 actes différents de télémedecine : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale.

⁵² La téléconsultation a pour objectif de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient.

⁵³ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

en présentiel pour les deux représentants. Dans ce cadre, le compte-rendu doit tracer la décision du représentant en distanciel, notamment concernant son accord pour la thérapeutique.

6.2.1. Consultation de diagnostic

Hors cas exceptionnel, le diagnostic du TDAH ne peut être posé lors de consultations exclusivement à distance entre un médecin et son patient.

Il est recommandé que le diagnostic d'un TDAH repose sur au moins une consultation avec un professionnel de santé en présentiel, notamment pour la réalisation de l'examen clinique de l'enfant, et pas uniquement sur une téléconsultation.

Cependant, en cas de difficultés d'accès à un médecin formé au TDAH, une consultation diagnostique peut être envisagée par téléconsultation à condition qu'un professionnel de santé (médecin, IPA...) ou un psychologue soit présent auprès de l'enfant et puisse assister le médecin à distance et le patient.

Le groupe de travail recommande de développer l'accès aux téléconsultations assistées (avec un professionnel de santé et/ou psychologue de proximité avec l'enfant, en capacité d'assister le médecin spécialisé à distance), notamment pour les zones de démographie médicale en tension.

Dans ces cas, le protocole de soins devra respecter les recommandations actuelles et inclure les différents éléments de la démarche diagnostique.

6.2.2. Consultation de suivi

Après l'étape de diagnostic, la téléconsultation peut être proposée dans le cadre du suivi.

Il est recommandé que le suivi par téléconsultation soit limité aux relations patient-professionnel bien établies. La fréquence du recours à une téléconsultation, en alternance avec un suivi en présentiel, doit être adaptée en fonction du profil et des besoins de l'enfant.

Dans le cadre d'un suivi du TDAH par téléconsultation, il est recommandé qu'un relais de proximité (médecin généraliste, pédiatre, IDE, IPA...) soit mis en place, notamment si nécessité de prescription de MPH.

6.3. Téléexpertise : quand y recourir ?

La téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux formés au TDAH, sur la base des informations médicales de l'enfant. Un support résumé de la situation du patient peut être apporté par le professionnel requérant, au besoin, au moyen d'un dispositif numérique de coordination des soins. Elle permet de faciliter l'accès à un médecin spécialisé pour les professionnels de santé, tels que :

- un avis spécialisé pour une suspicion diagnostique, qui peut permettre l'orientation vers une intervention thérapeutique précoce ;
- un avis spécialisé dans le suivi du TDAH pour une problématique diverse.

Il est recommandé que la téléconsultation et la téléexpertise se basent sur les éléments requis par les présentes recommandations.

6.4. Autres pratiques à distance

D'autres pratiques à distance sont en voie de développement, comme la réalisation de programmes d'ETP, de guidance parentale, de TCCE.

Pour en savoir plus

- Association HyperSupers - TDAH France : <https://www.tdah-france.fr/>
- Association TDAH pour une égalité des chances : <https://www.tdahegalitedeschances.com/>
- Site d'aide à la prescription de la SFPEADA : www.pharmacologie.sfpeada.fr
- À destination des parents : <https://www.clepsy.fr/category/trouble-du-deficit-de-lattention-hyperactivite/>
- Informations générales : <https://handiconnect.fr/fiches-conseils/h71-trouble-deficit-de-lattention-hyperactivite-tdah-definition-et-particularites>

Table des annexes

Annexe 1. Conseils et stratégies à destination des enseignants/ressources pour les enseignants

Annexe 2. Aménagements scolaires et aménagements des examens

Annexe 3. Classifications/critères diagnostiques

Annexe 4. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Annexe 5. Outils pour la psychoéducation

Annexe 6. Modalités actuelles de prescription du méthylphénidate (MPH)

Annexe 7. Filière de soin : niveaux d'intervention

Annexe 1. Conseils et stratégies à destination des enseignants/ressources pour les enseignants

Propositions de stratégies d'accompagnement des élèves à destination des enseignants

Difficultés	Conseils et stratégies
Inattention	Limiter les sources de distraction : – veiller à l'installation de l'élève dans un endroit adapté de la classe, près de l'enseignant et des affichages utilisés pour travailler – placer l'élève à côté de voisins qui ne le distraient pas – veiller à ce qu'il y ait sur son pupitre uniquement ce qui est nécessaire
Facilement distrait par les stimuli parasites	– établir un contact visuel fréquent – utiliser le tableau et des supports visuels – fragmenter les tâches longues en étapes courtes – favoriser l'action de l'élève : participation orale, prise de notes
Attention de courte durée	– privilégier la qualité à la quantité du travail – donner une seule consigne à la fois – s'assurer de l'attention de l'élève – utiliser un signe non verbal convenu – énoncer la consigne par une phrase courte, simple, affirmative et positive – faire reformuler la consigne par l'élève ou la reformuler si nécessaire
Fatigue	– écrire la consigne au tableau – mettre en évidence les informations importantes, alléger les tâches, limiter la surcharge cognitive
Compréhension partielle des consignes	
Faible niveau d'écoute	
Organisation	
Difficultés à s'organiser	– avoir du matériel scolaire adapté à ses besoins : cartable, trousse, papeterie structurés, dont chaque élément soit marqué à son nom et prévoir de la papeterie de secours en cas de perte – préférer le cahier au classeur – utiliser un code de couleur par matière ou autre système de rangement et de repérage facilitateur – afficher au tableau les étapes successives d'un travail – utiliser la pendule de la classe ou autre système de mesure du temps pour planifier les tâches – annoncer l'emploi du temps de la demi-journée et l'afficher au tableau – au collège, au début de chaque cours, annoncer le chapitre de la leçon ou son étape, l'afficher ainsi que le plan du cours – structurer et ritualiser les tâches, établir des listes de routines pour certaines tâches – instaurer des routines quotidiennes, hebdomadaires – préparer les transitions, avertir à l'avance plusieurs fois de tout changement dans les routines ou l'organisation – s'assurer que l'élève a bien noté ou a bien accès aux devoirs à faire à la maison. Idem pour le matériel à apporter quand c'est inhabituel
Difficultés à investir un travail	– accompagner l'élève, lui répéter la consigne – l'encourager, si besoin l'aider à se mettre au travail
Lenteur d'exécution	
Découragement, dé-mobilisation	– adapter la tâche au niveau de l'élève, en la décomposant au besoin en étapes à sa portée – chaque fois que l'élève termine une étape, le féliciter et l'encourager personnellement et de façon ciblée sur ses aptitudes et stratégies

Impulsivité, hyperactivité	Limiter les comportements inadaptés : canaliser l'élève, anticiper son irrépressible besoin de bouger, prévenir une crise : – en fonction des besoins particuliers de l'élève, mettre en place une communication efficace, et veiller à une installation en classe adaptée (emplacement, voisinage, mobilier et matériel spécifiques...) – offrir un renforcement positif fréquent, récompenser par des remarques agréables ses efforts comportementaux : travail, attention, respect des consignes, calme, etc. – lui permettre de se déplacer dans la salle dans un cadre précis avec des missions déterminées comme effacer le tableau, ramasser les cahiers... – lui confier des responsabilités comme accompagner un camarade à l'infirmerie, faire une commission... – permettre l'utilisation d'objets à manipuler ou à mâcher adaptés à la classe, d'activités de recentrage, atténuer les tensions par des moyens qui lui conviennent – prévoir des espaces d'apaisement et/ou la possibilité pour l'élève de quitter la salle pour se rendre dans un espace prévu et aménagé (ou chez le CPE dans le second degré) afin d'éviter une crise et lui permettre de s'apaiser – ne pas le « punir » en le privant de temps libre où il peut bouger comme les récréations, offrir des alternatives
-----------------------------------	---

Ressources à destination des enseignants et des professionnels

- Site de ressources général « Tous à l'école » :

<https://www.tousalecole.fr/content/trouble-déficit-de-lattention-avec-ou-sans-hyperactivité-tdah>

- La plateforme Cap école inclusive :

<https://www.reseau-canope.fr/cap-ecole-inclusive>

- Les webinaires et vidéos CanoTech :

<https://www.canotech.fr>

- Les ressources de l'Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation inclusive :

<https://www.inshea.fr/fr/content/tsla-les-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages>

<https://www.inshea.fr/fr/content/aménagements-pour-un-élève-tdah>

- Dans le cadre de la formation continue des enseignants et de la formation des enseignants spécialisés, des modules de formation d'initiative nationale (MFIN) proposent tous les ans des formations en présentiel ou distanciel sur le TDAH :

<https://www.inshea.fr/fr/content/mfin>

- Ressources du séminaire national de formation sur le TDAH :

<https://eduscol.education.fr/516/le-deficit-d-attention-des-eleves-comment-agir>

- Plaquette pour les enseignants « TDAH et scolarité » (collaboration de l'APHP et du rectorat de Paris) :

https://hupifo.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/122/files/2013/05/plaquette_amenagements_TDAH.pdf

- Site TDAH Égalités des chances :

<https://www.tdahegalitedeschances.com/la-vie-scolaire>

https://www.tdahegalitedeschances.com/files/ugd/1120d1_f11ae21195644bc4859cd610c34b2131.pdf

- HyperSupers - TDAH France:

<https://www.tdah-france.fr/TDAH-Fiche-conseils-pour-l-ecole.html>

<https://www.tdahecole.fr/>

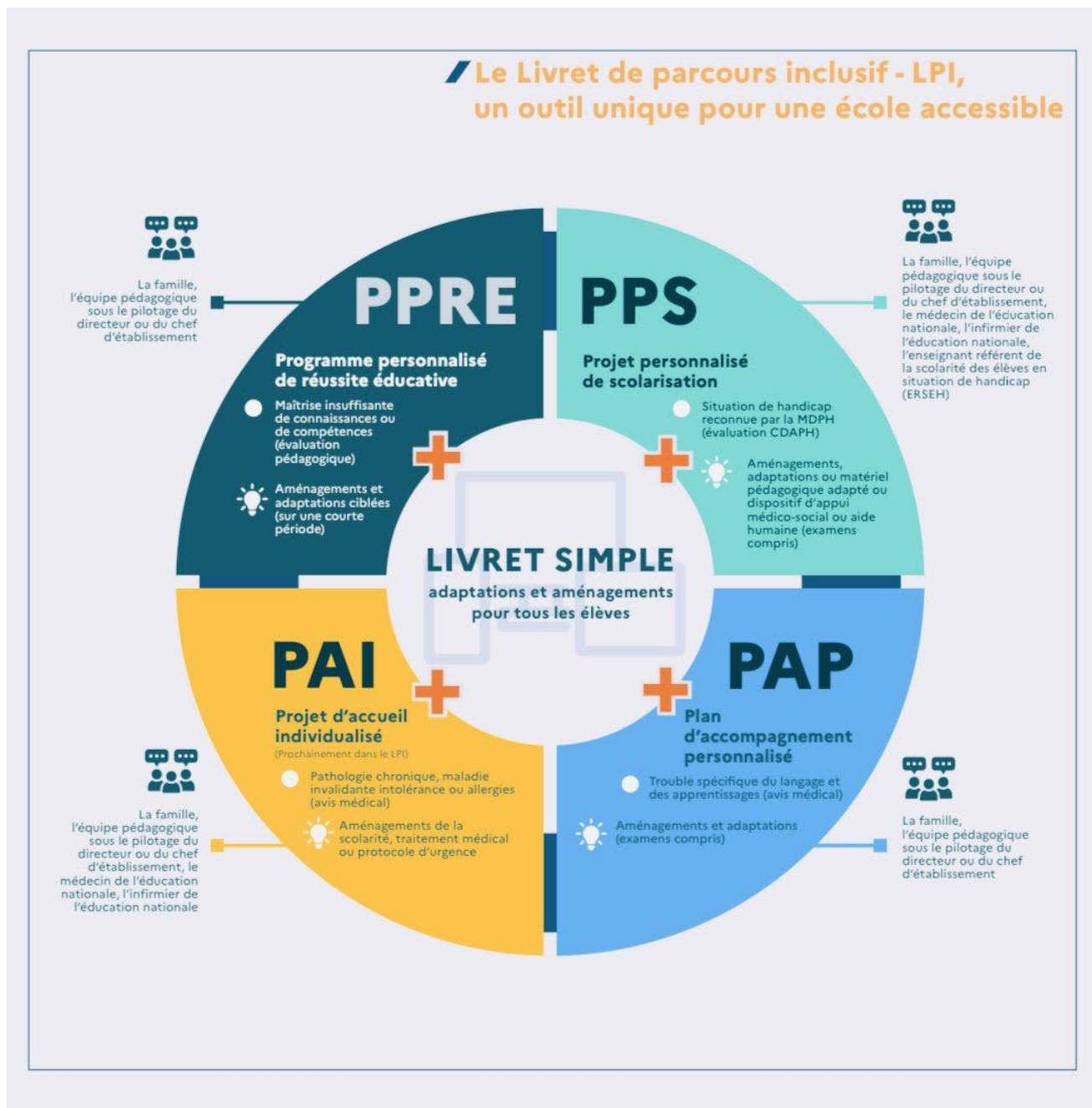
- Site CléPsy :

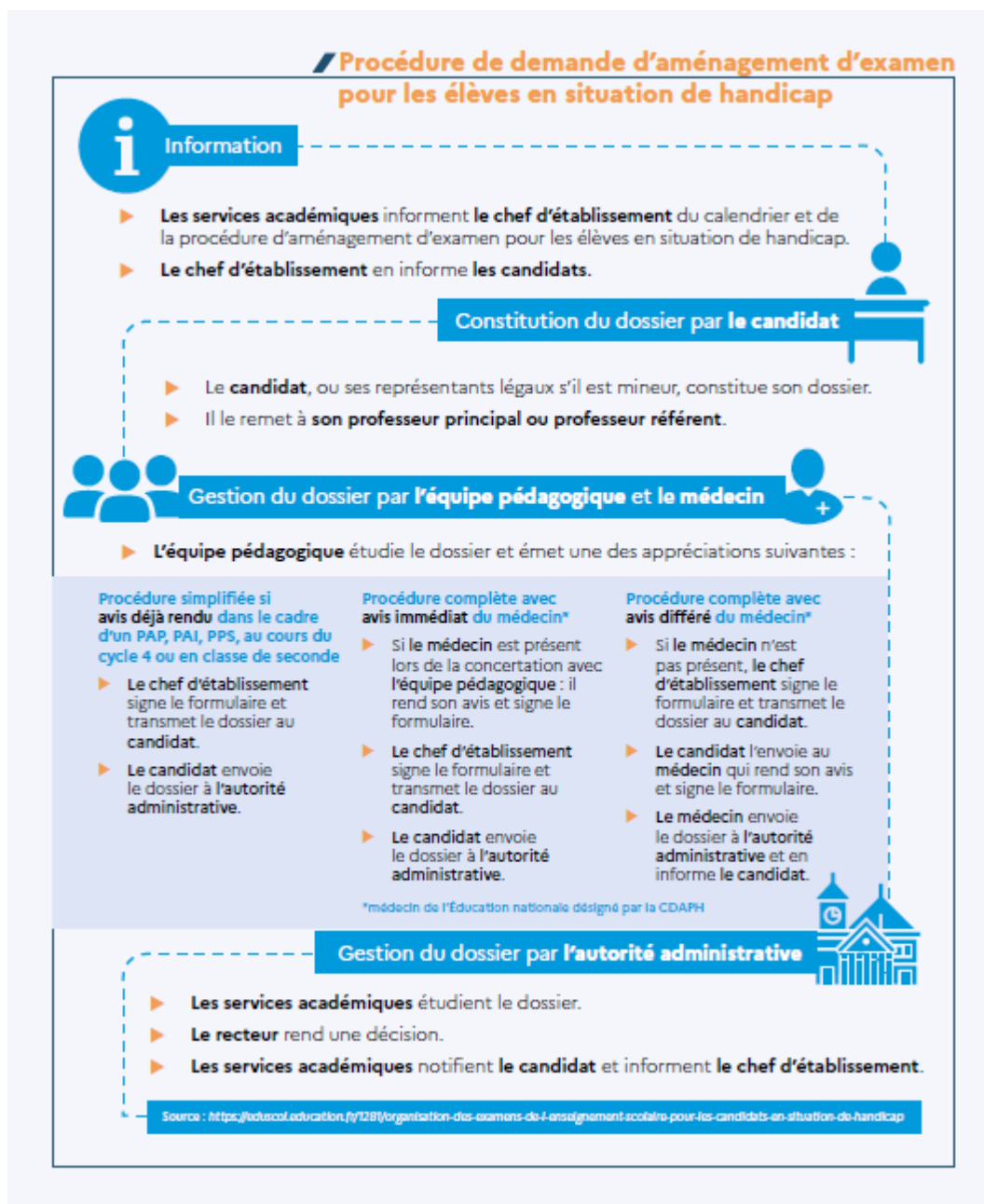
<https://www.clepsy.fr/category/diagnostic/trouble-du-deficit-de-lattention-hyperactivite/>

Annexe 2. Aménagements scolaires et aménagements des examens

- Site Éduscol :

<https://eduscol.education.fr/document/52227/download>





Autres sources d'informations

- Site HyperSupers - TDAH France : aménagement aux examens :

<https://www.tdah-france.fr/-Examens-.html>

Annexe 3. Classifications/critères diagnostiques

Critères diagnostiques du DSM-5-TR (2022)

Principaux critères extraits du DSM-5-TR (*American Psychiatric Association*)

Dans le DSM-5-TR, le TDAH est classé dans les troubles neurodéveloppementaux. Les troubles doivent être présents avant l'âge de 12 ans et il est spécifié que le trouble peut persister à l'âge adulte. Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) ne sont plus des critères d'exclusion du diagnostic de TDAH. Ces deux troubles peuvent à présent être concomitants chez un même individu.

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) :

1. Inattention : six (ou plus) des symptômes suivants 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) 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).
- b) 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).
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex. : son esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).
- d) 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).
- e) 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).
- f) 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).
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).
- h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne »).
- i) 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).

2. Hyperactivité et impulsivité : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct 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) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
- b) 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 situations qui nécessitent de rester assis).
- c) 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).
- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e) 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).
- f) Souvent, parle trop.
- g) 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).
- h) A souvent du mal à attendre son tour (ex. : lorsque l'on fait la queue).
- i) 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).

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

F90.2. Présentation mixte ou combinée : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.

F90.0. Présentation inattention prédominante : le critère A1 (inattention) est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2 (hyperactivité/impulsivité).

F90.1. Présentation hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère A2 (hyperactivité/impulsivité) est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1 (inattention).

Critères de sévérité (selon le DSM-5-TR 2023)

Léger : peu de symptômes requis pour le diagnostic sont présents, et les symptômes n'entraînent que des altérations mineures du fonctionnement social ou professionnel.

Moyen : des symptômes ou une altération fonctionnelle entre « légers » et « sévères » sont présents.

Sévère : de nombreux symptômes requis pour poser le diagnostic, ou plusieurs symptômes particulièrement sévères, sont présents, ou les symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel.

Classification CIM-11 : 6 A05

Dans la CIM-11, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité se situe dans le chapitre général des « Troubles neurodéveloppementaux » (6A05). Il se caractérise par un schéma persistant (au moins 6 mois) d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui a un impact négatif direct sur le fonctionnement scolaire, professionnel ou social.

Il y a des preuves de symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité significatifs avant l'âge de 12 ans, entre le début et le milieu de l'enfance, bien que certains individus ne présentent des symptômes cliniques que plus tardivement.

Le degré d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité est en dehors des limites de la variation normale attendue pour l'âge et le niveau de fonctionnement intellectuel.

- L'inattention désigne une difficulté importante à maintenir l'attention sur des tâches qui n'apportent pas un niveau élevé de stimulation ou des récompenses fréquentes, une distractibilité et des problèmes d'organisation.
- L'hyperactivité fait référence à une activité motrice excessive et des difficultés à demeurer immobile, surtout visibles dans des situations structurées exigeant une maîtrise du comportement.
- L'impulsivité est une tendance à agir en réponse à des stimuli immédiats, sans réflexion ni prise en compte des risques et des conséquences.

L'équilibre relatif et les manifestations spécifiques des caractéristiques d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité varient d'un individu à l'autre, et peuvent changer au cours du développement.

Afin qu'un diagnostic puisse être posé, les manifestations d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité doivent être évidentes dans plusieurs situations ou cadres (par exemple, à la maison, à l'école, au travail, avec des amis ou des parents), mais sont susceptibles de varier selon la structure et les exigences de l'environnement.

Les symptômes ne s'expliquent pas mieux par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental et ne sont pas dus à l'effet d'une substance ou d'un médicament.

Annexe 4. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Les thérapies comportementales et cognitives sont des prises en charge de la souffrance psychique reposant sur une méthodologie directement issue de la méthode expérimentale appliquée au cas particulier d'une personne.

La thérapie visera donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté correspondant à ce que souhaite le patient. Le thérapeute définit avec le patient les buts à atteindre et favorise ce nouvel apprentissage en construisant une stratégie thérapeutique adaptée.

Les thérapies comportementales et cognitives se distinguent ainsi des autres thérapies par certaines caractéristiques :

- l'accent mis sur les causes actuelles du comportement problème ;
- le changement durable du comportement est évalué, et considéré comme un critère majeur de réussite de la thérapie ;
- les procédures de traitement sont décrites objectivement et sont donc reproductibles par d'autres thérapeutes pour des patients ayant des difficultés similaires.

Les études montrent une nette efficacité des TCC :

- dans la prise en charge des troubles anxieux (TOC, phobie sociale, phobie spécifique, TAG, agoraphobie et trouble panique, ESPT), associées ou non à un traitement médicamenteux ;
- dans la prise en charge des troubles de l'humeur, associées aux antidépresseurs pour les formes les plus sévères et plus efficaces seules dans les formes les plus atténuées ;
- dans la prise en charge de la schizophrénie et des TED, notamment sur les aspects de remédiation, d'acquisition des habiletés sociales et de la gestion des émotions.

Les TCC reposent sur l'application de différentes techniques comportementales et des approches cognitivo-émotionnelles.

Pour en savoir plus, AFTCC : [Les thérapies comportementales et cognitives | AFTCC](#)

Annexe 5. Outils pour la psychoéducation

Nom outil	Pays d'origine	Lien internet
TDAH Informations	Canada	https://attentiondeficit-info.com/
Société canadienne de pédiatrie	Canada	https://cps.ca/fr/tools-outils/tdah
CADDRA	Canada	https://caddra.ca/pdfs/Psychosocial2016French.pdf
CléPsy	France	https://www.clepsy.fr/category/trouble-du-deficit-de-l-attention-hyperactive/

Annexe 6. Modalités actuelles de prescription du méthylphénidate (MPH)

Depuis le 13 septembre 2021, la prescription initiale de méthylphénidate n'est plus réservée à l'hôpital, sa prescription dans le TDAH peut dorénavant être initiée en ville.

Les autres modalités de prescription du méthylphénidate ne changent pas :

- la prescription initiale et son renouvellement annuel sont réservés aux spécialistes : pédopsychiatre, neurologue, neuropédiatre, psychiatre, pédiatre ;
- les autres renouvellements mensuels peuvent être faits par tout médecin, avec possibilité d'adapter les posologies ;
- prescription en conformité avec la réglementation des stupéfiants, sur ordonnance sécurisée, limitée à 28 jours ;
- la posologie, la durée de traitement et les quantités prescrites doivent être indiquées en toutes lettres ;
- la prescription est délivrée dans une pharmacie choisie par les parents, mentionnée sur chaque ordonnance ;
- l'ordonnance doit être présentée au pharmacien dans les trois jours, au-delà elle n'est exécutée que pour la durée de traitement restant à courir ;
- une même ordonnance ne peut pas faire l'objet d'un renouvellement de la délivrance ;
- une copie de chaque ordonnance doit être archivée par le pharmacien pendant 3 ans après exécution et apposition des mentions obligatoires sur l'ordonnance.

Courrier de l'ANSM de septembre 2021 destiné aux médecins généralistes, pédiatres, neurologues, psychiatres et pharmaciens hospitaliers et d'officine :

https://mcusercontent.com/6e0fa86cb67b5d4a98c4d0019/files/8c518f83-b3cb-c387-ee32-a00cdd5040dc/Sept_2021_Courrier_%C3%A0_destination_des_PDS_ANSM.pdf

Annexe 7. Filière de soin : niveaux d'intervention

La filière de soin pour les enfants atteints de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est structurée en trois niveaux principaux, adaptés selon la gravité du trouble et nécessitant l'intervention de différents professionnels de santé.

- **Niveau 1 – Repérage** : Cette première étape est assurée par les médecins de premier recours, tels que les généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Ils sont responsables du repérage précoce des symptômes du TDAH chez les enfants et les adolescents. Le repérage s'appuie sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2014, destinées à ces professionnels pour identifier les signes du TDAH et initier des mesures de compensation du trouble.
- **Niveau 2 – Diagnostic, interventions et accompagnement** : Après le repérage, les enfants sont orientés vers des structures de proximité et des médecins, spécialisés pour le diagnostic précis et le début de la prise en charge. Ces structures peuvent être des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), des centres médico-psychologiques (CMP) ou des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), et des médecins spécialisés dans le TDAH ainsi que des spécialistes comme des pédiatres, neuropédiatres, psychiatres, pédopsychiatres ou neurologues prennent le relais. Ces professionnels réalisent un diagnostic complet, proposent des interventions adaptées et coordonnent le suivi de l'enfant avec sa famille et son école.
- **Niveau 3 – Expertise complémentaire** : Pour les cas plus complexes nécessitant une expertise spécialisée, les enfants peuvent être adressés à des centres experts situés dans des CHU. Ces centres offrent une prise en charge avancée pour les formes complexes du TDAH, coordonnent le réseau de soins impliquant les niveaux précédents et participent à la recherche et à la formation sur le TDAH.

La filière de soin est conçue pour être cohérente et graduée, s'appuyant sur des recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la HAS. Cependant, l'accès aux spécialistes formés au TDAH et le manque de centres experts spécifiquement dédiés au TDAH chez l'enfant posent des défis, notamment en termes de délais d'accès au diagnostic et à la prise en charge adaptée. Malgré ces obstacles, la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement (TND) incluant le TDAH vise à améliorer le repérage, le diagnostic et l'intervention précoce chez les enfants et les adolescents⁵⁴.

Ces efforts sont complétés par la création de plateformes de coordination et d'orientation et la mise en place de forfaits d'intervention précoce pour fluidifier les parcours de soins. Ces initiatives représentent des avancées importantes dans la construction d'une filière de soin plus accessible et efficace pour les enfants atteints de TDAH.

⁵⁴ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/parcours-et-dispositifs-pour-le-reperage-lintervention-et-le-diagnostic-precoce-tsa-et-tnd-en-ile>

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU)

Association française de thérapies comportementales et cognitives (AFTCC)

Association française des psychologues de l'Éducation nationale (AFPEN)

Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)

Association TDAH PACA

Collège de la médecine générale

Conseil national professionnel d'addictologie (Fédération française d'addictologie)

Conseil national professionnel de pédiatrie

Conseil national professionnel de psychiatrie

Conseil national professionnel de neurologie

Direction générale de l'Enseignement scolaire (DGESCO)

Fédération française des psychomotriciens (FFP)

Fédération nationale des orthophonistes (FNO)

HyperSupers - TDAH France

L'Association française d'orthoptique

Ordre des pharmaciens

Société de neuropsychologie de langue française

Société française de neurologie pédiatrique (SFPN)

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)

Société française de psychologie

Société française de recherche et de médecine du sommeil (SFRMS)

TDAH-Pour une égalité des chances

UNADREO Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie

Groupe de travail

Pr Olivier Bonnot, président, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Saclay

Dr Nathalie Franc, chargée de projet, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Montpellier

Dr Fanny Gollier Briant, chargée de projet, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Nantes

Dr Camille Hours, chargée de projet, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Créteil

Mme Jessica Nesensohn, chargée de projet, psychomotricienne, Montpellier

Dr Laurie Surig, chargée de projet, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Montpellier

Mme Frédérique Amsellem, psychologue, Paris

Mme Sophie Armand-Branger, pharmacienne, Sainte-Gemmes-sur-Loire

Pr Stéphanie Bioulac, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, médecin du sommeil, Grenoble

Dr Jean Chambry, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Paris

Dr Aude Charollais, neuropédiatre, Rouen

M. Philippe Colin-Madan, AFPSSU/enseignant, La Pierre

Mme Catherine Deguines, ANSM, Saint-Denis

Mme Mélaine Descamps-Bal, psychologue scolaire, Paris

Dr Virginie Desgrez, médecin généraliste, Cruseilles

Dr Catherine Doyen, psychiatre, Paris

Dr Christine Egaud, médecin conseiller technique à la DSDEN 42, Saint-Étienne

Mme Sara Fally, enseignante, Baillargues

Mme Aurélie Fresca, HAS, Saint-Denis

M. Martin Garret, ANSM, Saint-Denis

Mme Christine Getin, usagers du système de santé

Dr Dominique Girardon-Grichy, médecin généraliste, Montlignon

Dr Stéphanie Iannuzzi, neuropsychologue, Toulouse

Dr Romain Icick, psychiatre addictologue, Paris
Mme Stéphanie Jacquet, usagers du système de santé
Dr Éloi Magnin, neurologue, Besançon
Mme Anne-Laurence Morel, ergothérapeute, Garches
Mme Chloé Rebstock, HAS, Saint-Denis
M. Simon Renner, HAS, Saint-Denis

Groupe de lecture

Dr Fleur Acroute-Vial, médecin généraliste, Grasse
Mme Isabelle Barry, orthophoniste, Toulouse
Pr Flora Bat, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Marseille
Mme Laurence Bex, ergothérapeute, Pornic
Dr Mariwenn Binoist, médecin généraliste, Grenoble
Dr Jean-Paul Blanc, pédiatre, Saint-Étienne
Dr Candice Blondeau, psychiatre, Bordeaux
Mme Cécile Botti-Lugand, pharmacienne, Paris
Mme Virginie Bouslama, usagers du système de santé
Dr Marion Broquere, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Toulouse
Dr Clémence Cabelguen, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Nantes
Dr Hervé Caci, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Nice
Pr Pierre Castelnau, neuropédiatre, Tours
M. Éric Chabanat, neuropsychologue, Lyon
M. Stéphane Chetreff, usagers du système de santé
Mme Émilie Chicheportiche, psychomotricienne, Paris
Mme Céline Clément, psychologue, Strasbourg
Mme Katuscia Cliquot, usagers du système de santé
M. Jean-Michel Coq, psychologue, Rouen
M. Laurent Coral Gelis, usagers du système de santé
Dr Anne Cormoreche Monge, médecin généraliste, Lyon
Pr David Da Fonseca, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Marseille
Mme Claire Delavy, ergothérapeute, Rezé
Mme Laure Dessarps, ergothérapeute, Magalas
Dr Pierre Desvergnès, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, médecin du sommeil, Bordeaux
Dr Marie Ducloy, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Paris
Mme Nathalie Faure-Marie, neuropsychologue, Toulouse
Dr Sonja Finck, neuropédiatre, Strasbourg

Dr Jean-Luc Ribeyrolle, médecin généraliste, Anglet
Mme Anaëlle Serre, infirmière scolaire, Grenoble
Mme Charlotte Swiatek, psychomotricienne, Marseille
Dr Thiébault-Noël Willig, pédiatre, Toulouse
Mme Agnès Witko, orthophoniste, Lyon

Pr Pierre Fourneret, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Lyon
Mme Lygie Friedrichs, orthophoniste, Lyon
Mme Patrica Garouste, psychologue, La Ciotat
Dr Gisèle George, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Paris
Dr David Germanaud, neuropédiatre, Orsay
Dr Léo Gonnet, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Marseille
Dr Evan Gouy, génétique médicale, Lyon
Dr Agnès Gras-Vincendon, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Strasbourg
Dr Jacques Grichy, médecin généraliste, Montlignon
Dr Leslie Grichy, psychiatre, Lyon
Mme Amandine Gros, orthophoniste, Grenoble
Mme Virginie Halley des Fontaines, médecin de santé publique, Paris
M. Vania Herbillon, neuropsychologue, Lyon
Dr Alexandre Hubert, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Paris
Dr Sylvie Hubinois, pédiatre, Saint-Germain-en-Laye
Mme Audrey Imbs, psychologue, Gentilly
Dr Cécile Jabeur, médecin généraliste, L'Étang-la-Ville
Dr Nathalie Jean, médecin généraliste, Achères
Mme Olga Jimenez-Nodet, ergothérapeute, Giguean
Mme Sophie Joly-Froment, orthophoniste, Viévy
Dr Françoise Joseph, médecin généraliste, Toulouse
Dr Linda Laporte-Bekhale, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Lorient
Dr Michel Lecendreux, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Paris
Mme Angélique Léger, usagers du système de santé
M. Gilles Leloup, orthophoniste, Levallois-Perret
Mme Karine Lesage, ergothérapeute, Cysoing
Dr Béatrice Lognos, médecin généraliste, Saint-Georges-d'Orques

M. Emmanuel Madieu, psychomotricien, Juvignac
Dr Thierry Maffre, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Toulouse
M. Frédéric Maillet, orthoptiste, Toulouse
Mme Emmanuelle Marizy, psychologue, Toulouse
M. Jérôme Marquet-Doleac, psychomotricien, Toulouse
Mme Tania Moguilevskaia, usagers du système de santé
M. Bertrand Mussetta, HAS, Saint-Denis
Mme Aude Paquet, psychomotricienne, Paris
Mme Muriel Perdriset, usagers du système de santé
Dr Bruno Perrouy, neurologue, Carpentras
Mr Nicolas Petit, orthophoniste, Lyon
Mme Samantha Picq, orthoptiste, Castries
Mme Lenaïg Pinguet, usagers du système de santé
Pr Jean-Michel Pinoit, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Addictologie, Dijon
Pr Diane Purper-Ouakil, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Montpellier
Dr Sophie Radi, pédiatre, Rouen
Mme Émilie Raigue, neuropsychologue, Grenoble
M. Nicolas Raynal, psychomotricien, Paris

Mme Françoise Revest, usagers du système de santé
Dr Aurélie Richard Mornas, neurologue, Bron
M. Didier Roch, orthophoniste, Franchemont
Pr Benjamin Rolland, psychiatre addictologue, Lyon
Dr Séverine Roos-Bernard, médecin généraliste, Marlenheim
Pr Arnaud Roy, neuropsychologue, Nantes
M. Jean-Claude Schalber, pharmacien, Paris
Dr Bertrand Schoentgen, neuropsychologue, Paris
Dr Louis Tandonnet, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Pont-du-Casse
Dr Marie Tardy, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Toulouse
Mme THIOLLIER Marie Claire, Orthophoniste, Lyon
Dr Anne-Laure Thoumy, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Bordeaux
Dr Anne-Laure Toureille, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Toulouse
Mme Anne Vachez-Gatecel, psychomotricienne, Paris
Mme Aurélie Vauchel, psychomotricienne, Montpellier
M. Thomas Villemonteix, psychologue, Paris

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AAC	Autorisation d'accès compassionnel
ADHD	<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>
AESH	Accompagnant d'élève en situation de handicap
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AO/AD	Âge d'apparition/Âge du diagnostic
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
CADDRA	<i>Canadian ADHD Resource Alliance</i>
CIM	Classification internationale des maladies
Cp	Comprimé
DAR	Dispositif d'autorégulation
DCI	Dénomination commune internationale
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DT1	Diabète de type 1
ECG	Électrocardiogramme
ESPT	État de stress post-traumatique
ETP	Éducation thérapeutique du patient
Gel	Gélule
HAS	Haute Autorité de santé
HPI	Haut potentiel intellectuel
HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de masse corporelle
IPA	Infirmier en pratique avancée
IST	Infections sexuellement transmissibles
LI	Libération immédiate
LM	Libération modifiée
LP	Libération prolongée
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale pour les personnes handicapées
MPH	Méthylphénidate
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAI	Projet d'accueil individualisé
PAP	Plan d'accompagnement personnalisé
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
PEHP	Programmes d'entraînement aux habiletés parentales

PLMD	Trouble du mouvement périodique des membres (<i>Periodic limb movement disorder</i>)
PNNS	Programme national nutrition santé
PPRE	Programme personnalisé de réussite éducative
PPS	Plan personnalisé de scolarité
QI	Quotient intellectuel
RCP	Résumé des caractéristiques du produit
SAHOS	Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil
SGT	Syndrome de Gilles de la Tourette
SJSR	Syndrome des jambes sans repos
TB	Trouble bipolaire
TC	Trouble des conduites
TCA	Trouble des conduites alimentaires
TCCE	Thérapies comportementales cognitives et émotionnelles
TCP	Troubles du comportement perturbateurs
TDAH	Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TDC	Trouble développemental de la coordination
TDDE	Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle
TDI	Trouble du développement intellectuel
TND	Trouble du neurodéveloppement
TOC	Troubles obsessionnels compulsifs
TOP	Trouble oppositionnel avec provocation
TRA	Trouble réactionnel de l'attachement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TSdA	Trouble spécifique des apprentissages
TSH	<i>Thyroid-stimulating hormone</i>
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
TUS	Trouble de l'usage de substance
UNESS	Université numérique en santé et sport

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

