

Outils

Amandine Verrière Reveillé¹,
Léa Bourseau², Jean-Noël Bally¹,
Rodolphe Charles¹, Coralie
Exbrayat², Valérie Rousselon²

¹Université Jean Monnet, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Département de médecine générale, 42270 Saint-Priest-en-Jarez

rodolphe.charles@univ-st-etienne.fr

²CHU hôpital Nord, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Unité d'évaluation Loire Autisme (UDELA), 42 055 Saint-Étienne

Correspondance : R. Charles

Résumé

La nosographie du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est en perpétuel mouvement depuis sa première description. Le concept ne cesse d'évoluer dans le temps et à travers le monde, aboutissant à des compréhensions multiples de la problématique. Six ans après le DSM-5, la CIM-11 reconnaît aussi le TDA/H comme un trouble du neuro-développement de l'enfant. Cette classification laisse naître l'espoir pour les médecins de premier recours et les familles d'une meilleure organisation territoriale des soins notamment à travers la création des « plateformes TND ». Le dépistage et l'accès aux soins restent, encore aujourd'hui en France, longs et coûteux, créant de fortes inégalités. Dans un second article, nous traiterons de ce que doit savoir le médecin généraliste en 2019.

• Mots clés

TDA/H ; troubles du neuro-développement ; dépistage ; médecine générale.

Abstract. ADHD joins neurodevelopmental disorders. Part 1: social issues

The ADHD nosography is in perpetual movement since its first description. The concept keeps developing over time and around the world, resulting in numerous understandings of the issue. Six years after the DSM5, the ICD-11 recognizes ADHD as a neurodevelopment disorder for children as well. This categorization raises hope for both primary care physicians and families for a better territorial organization of the health care through TND platforms. Screening and access to health care are still long and expensive even nowadays

Le TDA/H rejoint les troubles du neuro-développement

Première partie : les enjeux sociaux

Définition historique et concepts

Dès 1890, William James décrit chez certains enfants un défaut d'attention accompagné d'hyperactivité physique. Au début du XX^e siècle, Still en Angleterre évoque les premiers cas d'enfants qu'il décrit comme « cérébro-lésés ». Une « atteinte cérébrale mineure » (Minimal Brain Dysfunction) serait à l'origine du trouble. Les années 1950 sont marquées par l'émergence du « syndrome hyperkinétique » qui regroupe des symptômes d'activité motrice excessive, d'impulsivité et d'agressivité. L'hyperkinésie devient le critère diagnostique majeur du trouble [1]. À la fin des années 1960, Winnicot souligne l'aspect psychoaffectif du trouble qui témoigne, selon lui, d'un conflit affectif non encore élaboré par l'enfant et contre lequel il lutte [2]. Dans les années 1980, le déficit attentionnel entre dans le DSM-III. Puis en 1994, le DSM-IV associe officiellement les différents symptômes en un seul trouble : ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) [3].

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) a fait l'objet de nombreuses recherches au cours du temps, les idées ont fluctué concernant la vision symptomatique du trouble et son étiopathogénèse [4]. Deux théories s'opposent : une première dite « organique », anglo-saxonne, qui considère le TDA/H comme une entité clinique à part entière, d'origine neurobiologique ; et une seconde dite « psychodynamique », française, qui s'intéresse davantage au sens et à la place du symptôme dans le fonctionnement familial et psychique de l'enfant. Elle met l'accent sur le sujet et sa souffrance au lieu de se centrer sur les symptômes comportementaux, et serait plus en faveur de traiter ce trouble avec des moyens non médicamenteux, contrairement à la conception organique. Ces visions différentes du TDA/H conduisent à des différences dans sa prise en charge à travers le monde [5]. Pourtant ces deux conceptions peuvent se révéler complémentaires.

Le DSM-5 [6] et, six ans après, la CIM-11, incorporent le TDA/H dans la grande catégorie des troubles du neuro-développement (TND) et non plus dans le chapitre des troubles du comportement [7]. L'Organisation Mondiale pour la Santé reconnaît le TDA/H comme une maladie authentique avec des critères diagnostiques et cela justifie une action publique, une filière de soins, des recommandations sur les thérapeutiques. Il ne s'agit peut-être pas d'une simple « mode » ou d'un lobbying de l'industrie. En le plaçant avec les TND, et donc avec l'autisme et la déficience intellectuelle, finalement elle contribue à le « dépsychiatriser » pour le placer dans le champ de la neurologie et du handicap.

in France, which lead to severe inequalities. In a second article, we will discuss what the general practitioner needs to know in 2019.

• **Key words**
ADHD; neurodevelopmental disorders; screening; family practice.

DOI: 10.1684/med.2019.475

Épidémiologie et facteurs de risque

La neuropsychologie pédiatrique a largement évolué et contribué à mieux dépister les enfants porteurs d'un TDA/H, qualifiés autrefois de turbulents ou d'étourdis [8]. La prévalence varie de 3 % à 5 % chez les enfants entre 6 et 12 ans en France [3], voire de 2 % à 18 % selon les études et le type de classification utilisée [5]. L'INSERM a publié en 2003 un rapport qui évalue

la prévalence du TDA/H à 2 % au total, selon le sexe : 3 % à 4 % chez les garçons et 1 % chez les filles [9]. Ce trouble touche donc majoritairement les garçons, trois à neuf fois plus que les filles. Certains auteurs pensent que le nombre de filles atteintes de TDA/H serait sous-estimé, devant des formes cliniques moins bruyantes et donc plus difficiles à diagnostiquer. Les troubles régressent spontanément dans 30 % des cas à l'adolescence, mais 60 % à 70 % des enfants atteints de TDA/H présentent encore des symptômes à l'âge adulte (distractivité et impulsivité) [3]. L'hyperactivité dans l'enfance peut laisser des séquelles à l'adolescence au niveau de l'image et de l'estime de soi, avec des ponts vers d'autres pathologies et un risque plus élevé de développer une consommation de drogues [2].

Des facteurs de risque ont été identifiés : consommation de tabac et d'alcool au cours de la grossesse, RCIU, prématurité, encéphalite, méningite ou traumatisme crânien frontal, ou encore des changements fréquents de lait maternisé (> 3). Concernant la susceptibilité génétique, une revue de la littérature montre que les apparentés au premier degré ont quatre fois plus de risques de présenter la maladie [10]. À l'âge scolaire, le faible niveau socio-économique et des troubles psychiques chez la mère semblent fortement corrélés au TDA/H, avec un risque de le développer multiplié par 7 à 40 [1]. Dans tous les cas, des facteurs de vulnérabilité, associés à des facteurs socio-environnementaux, pourraient favoriser l'expression symptomatique du trouble [11] et contribuer à expliquer la véritable épidémie.

Les travaux récents de psychologie cognitive accompagnée de l'IRM fonctionnelle commencent à conceptualiser les troubles des fonctions exécutives (FE) (*encadré 1*) et à en expliquer un peu la physiopathologie.

Polémiques, idées reçues et débats sociétaux (*encadré 2*)

Certains auteurs questionnent la validité des critères diagnostiques (DSM), notamment à travers les enjeux de surdiagnostics et de surtraitements qu'ils engendrent, et rappellent l'efficacité limitée et les effets indésirables parfois graves des traitements psychostimulants [13, 14]. La revue *Prescrire* dénonce le méthylphénidate comme un traitement banalisé malgré les dangers (effets indésirables cardiaques pouvant être mortels), dans une

société où la « normalisation scolaire » est valorisée et exagérée [15-19]. La recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) à destination des médecins de premier recours [20] propose pour le repérage large et précoce des outils non validés ni spécifiques aux soins primaires. Les conditions d'accès à un accompagnement spécialisé ne sont pas abordées et, bien que placées au premier plan, les mesures psychologiques, éducatives et sociales ne sont pas détaillées. Le méthylphénidate est alors proposé après « échec » des traitements non médicamenteux, sans définir ce qu'est un « échec ». Toujours selon *Prescrire*, la HAS minimise le risque de dépendance, comme si les traitements psychostimulants étaient une option peu risquée [21].

Inversement, certaines postures « trop psychologisantes » freinent abusivement la prescription médicamenteuse.

Encadré 1



Les fonctions exécutives.

Dans les années 70, sont isolées des fonctions de haut niveau permettant à l'être humain de contrôler (autoréguler) son comportement, ses actions, son adaptation à l'Autre et au contexte. Dans les années 90, la nature de ces fonctions se précise, il s'agit d'un ajustement des réactions permettant de s'adapter aux situations (en particulier les situations inédites, complexes ou implicites). Dans les années 2000, on localise dans les aires préfrontales les réseaux fonctionnels organisant les fonctions exécutives (FE). Ces dernières ont une maturation tardive dans le développement cérébral puisqu'elles atteignent leur fonctionnement maximal autour des 25 ans pour ensuite perdre de leur efficacité. Les neurotransmetteurs en cause sont la dopamine et la norépinephrine. On distingue des grandes fonctions élémentaires : mémoire de travail, attention sélective, contrôle inhibiteur, planification et flexibilité. Chaque trouble de ces fonctions est maintenant décrit et des batteries de tests permettent de les quantifier, mais l'association fréquente d'une atteinte de plusieurs FE rend le diagnostic souvent complexe. Un syndrome dysexécutif touchant l'ensemble des FE est maintenant discuté, sans consensus. On perçoit le rôle des troubles de ces fonctions dans le TDA/H.

Pour en savoir plus : Billard C. Les fonctions exécutives chez l'enfant. ANAE 2017 ; 146 (29) : 1-100.

Encadré 2



D'autres controverses : les écrans et le sport

– Le rôle des écrans est désormais bien connu dans la santé mentale de l'enfant, notamment pour le sommeil de l'enfant et pour le TDA/H. Les écrans peuvent être toxiques jusqu'à l'addiction. Lors d'un jeu, des actions se produisent sans arrêt, et à toute vitesse : l'attention de l'enfant est relancée sans interruption. Les images et les bruits peuvent capter l'attention de l'enfant, il est fasciné ! Plus il passe de temps sur les écrans, plus il fonctionne en mode « zapping ». Il faut au contraire limiter le temps d'écrans chez un enfant avec un TDA/H. Utilisés en excès, les écrans sont nuisibles et plusieurs campagnes rappellent le temps journalier recommandé en fonction de l'âge : la campagne de prévention « 3-6-9-12 » explique que les écrans doivent être limités, cadrés et accompagnés à tout âge chez l'enfant [12, 26-28].

Nous sommes au siècle de la rapidité technologique et de l'univers virtuel numérique. Nous nous créons un besoin impératif de l'instantané. Sommes-nous en train de multiplier les situations qui engendrent une nouvelle forme d'hyperactivité et qui génère une surpopulation de TDA/H [8] ? Par ailleurs, et de façon paradoxale, des tests neuropsychologiques sont effectués face aux écrans et des « exercices rééducatifs » au travers d'applications informatiques et de plateformes en ligne sont en train d'apparaître sur le marché... Ces activités ludiques détournent des jeux de cartes ou de société comme le memory, le Jungle Speed[®].

– L'activité sportive constitue un autre culte de nos sociétés et s'avère difficile à gérer : entretient-elle le calme ou l'excitation ? L'activité sportive est bénéfique, avec ou sans méthylphénidate ; elle permet à l'enfant d'augmenter ses habiletés sociales, sa coordination, de freiner son impulsivité et d'améliorer sa concentration [29]. En général, il vaut mieux privilégier les sports individuels aux sports collectifs, car les enfants porteurs d'un TDA/H ont tendance à être plus émotifs et plus impulsifs. Les sports de contact devraient être évités, même si de nombreux parents font pratiquer les arts martiaux à leurs enfants ! Cependant, il faut veiller à certains parents qui remarquent l'amélioration des performances de leur enfant en compétition sous psychostimulant lors de la pratique sportive en compétition, ce qui s'apparenterait à une pratique dopante...

Malgré l'augmentation croissante des prescriptions de méthylphénidate, la France est un des pays les moins prescripteurs par rapport à d'autres pays européens ou à l'Amérique du Nord. Le nombre de patients traités est d'ailleurs faible comparé au nombre d'enfants qui seraient atteints d'un TDA/H en France [15]. Le méthylphénidate serait donc « sous-utilisé » en France, avec des difficultés et des inégalités pour accéder au traitement médical pour ceux qui en requièrent. Par ailleurs, les interventions neuropsychologiques et en psychomotricité n'étant pas prises en charge par l'Assurance-Maladie et très rarement par la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) grâce à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), cela crée une inégalité de soins pour les classes moyennes ou défavorisées, qui n'auront accès qu'aux traitements médicamenteux « remboursés ». Le débat sur l'intérêt ou non de la prescription médicamenteuse dans le cadre du TDA/H est galvaudé par la difficulté d'accès au diagnostic [22], par des limites économiques ainsi qu'un accès limité aux médecins ayant le droit d'initier un traitement. Les centres médico-psychologiques (CMP) où peut s'organiser la prise en charge, notamment pour les enfants des classes sociales défavorisées, s'avèrent souvent crispés autour de l'histoire de l'enfant et peinent (ou refusent) à admettre une dysfonction exécutive alors qu'un modèle mixte semble accepté par les parents [23].

Les répercussions sociales, scolaires, familiales et individuelles du TDA/H sont importantes et méritent que les médecins généralistes en mesurent bien les enjeux. Les auteurs d'une enquête publiée en 2019 au sein d'une association d'usagers HyperSupers TDA/H France [22]

montrent le parcours chaotique de ces enfants ainsi que les risques de stigmatisation source d'une faible estime de soi. Le diagnostic est difficile à obtenir (coût et accès au bilan neuropsychologique), tout comme les aménagements scolaires requis. Pourtant le TDA/H peut devenir le moteur de l'entrepreneur, le sens créatif de l'artiste, le gage d'une vie bien remplie, si les effets sur la vie scolaire de l'élève et celle de sa famille, incluant sa fratrie et ses parents [8] sont endigués. D'autre part, de jeunes enfants authentiquement malades et pouvant justifier du cadre nosologique du TDA/H n'ont pas accès pour des raisons financières au bilan neuropsychologique.

En France, le médecin généraliste peut renouveler, tout en réévaluant l'efficacité du traitement, changer les produits (formes retard) et adapter la posologie [13]. Ces dernières années, la majorité des prescriptions de méthylphénidate serait faite hors champ pédopsychiatrique, principalement par des neurologues et pédiatres. Il faut veiller à ce que ces prescriptions ne soulagent pas seulement l'entourage, mais que le bien-être de l'enfant soit au centre de l'indication du traitement [11]. En 2012, l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) estimait que 10 % des prescriptions initiales seraient faites par des généralistes, contrairement aux dispositions réglementaires [13]. Il existe un risque d'abus de prescription avec des parents ou un entourage très demandeur d'amélioration rapide, mais le chiffre peut aussi être le reflet d'un braconnage opérationnel pour prendre en charge des enfants qui n'arrivent pas à accéder à la filière de soins spécialisés. La médicalisation orale permettrait de diminuer

l'implication parentale et d'éviter de soulever légitimement la question éducative. Cette dérive se rapprocherait alors des abus dopants de méthylphénidate chez l'adulte, qui ont pour but d'améliorer la concentration, le plus souvent chez les étudiants en période d'examens ou dans un contexte de compétitions, notamment sportives comme le tennis. Toutefois, le mésusage du méthylphénidate chez l'adulte ne veut pas dire danger pour l'enfant.

Plateformes ARS dans les TND : un espoir pour le TDA/H ?

Depuis novembre 2018, la circulaire N° SG/2018/256 a été publiée par le ministère des Solidarités et de la Santé, à l'intention des Agences régionales de santé (ARS), relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination pour les enfants avec des TND. Ces plateformes ont vocation à assurer la mise en place et le déroulement d'un parcours de bilans et d'interventions précoces concourant au diagnostic des enfants repérés avec un éventuel trouble du neuro-développement. Tout enfant, de 0 à 6 ans, repéré avec un potentiel TND accède, par leur intermédiaire, à une solution avec des bilans et bénéficie de forfaits pour des interventions non conventionnées [24].

Au total, il existe six catégories de TND dans le DSM-5 : le trouble du développement intellectuel, les troubles de la communication, les troubles du spectre de l'autisme (TSA), le TDA/H, les troubles spécifiques des apprentissages et les troubles du développement moteur. Même si le diagnostic différentiel entre ces catégories est souvent complexe et requière des bilans validés seulement après six ans (évaluation des FE par des outils neuropsychologiques étalonnés à partir de cet âge), un ensemble de symptômes leur sont communs et peuvent être repérés précocement. L'âge moyen d'apparition des troubles est d'environ trois ans, sachant que la précocité du tableau clinique serait associée à une symptomatologie et une comorbidité plus sévères [2].

Une fenêtre d'opportunité apparaît dans la création de ces plateformes pour tous les TND, permettant de préciser des diagnostics et obtenir de l'aide (financement de consultations, de soins et aide au recours à des médecins



Pour la pratique

- Il existe six catégories de TND : le trouble du développement intellectuel, les troubles de la communication, les troubles du spectre de l'autisme (TSA), le TDA/H, les troubles spécifiques des apprentissages et les troubles du développement moteur.
- L'enfant TDA/H n'est pas simplement un enfant turbulent et étourdi, le diagnostic repose sur une démarche diagnostique complexe.
- Le traitement psychostimulant ne résume pas toutes les potentialités de soins autour du trouble.

prescripteurs). D'autres enfants surdiagnostiqués par « facilité » et traités médicalement par « abus » pourraient obtenir des accompagnements. La création de ces plateformes ARS devrait répondre à un fort besoin sociétal. Reste à souhaiter que leur création soit pourvue de moyens suffisants et ne consiste pas seulement en un « effet d'annonce », pour ensuite renvoyer vers les listes d'attente des CMP (deux à trois ans de délai pour certaines villes), CAMPS...

Pour le généraliste, il s'avère indispensable de relever le défi du repérage, d'organiser le bilan, et de choisir avec les familles un projet de soins dans un système de santé carencé, mais offrant quand même de nombreuses possibilités. Ce processus est qualifié par les parents de « déstigmatisation » [25] et le praticien de soins primaires se doit de s'emparer de cette clinique complexe sans invoquer les controverses pour justifier son immobilisme aux vues des conséquences sur le développement de l'enfant et des répercussions sur l'entourage. Le médecin généraliste peut rester à distance d'un jugement « moralisant » envers le méthylphénidate pour revenir à des recommandations et avis d'experts qui l'aideront à adopter un positionnement rigoureux. Ce sera l'objet d'un second article.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Vantalon V. *L'hyperactivité de l'enfant*. Paris : John Libbey Eurotext, 2005.
2. Pionnié-Dax N. Hyperactivité et troubles de l'attention chez l'enfant. 1^{ère} partie : pathologie ou phénomène de mode. *Médecine* 2007 ; 3 : 211-4.
3. Kervella C, Zimmermann C, Abitteboul Y. Dépistage du TDA/H chez l'enfant par le médecin généraliste : revue systématique de la littérature. [Thèse d'exercice, Médecine]. Toulouse, 2017.
4. Wodon I. *Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent : Comprendre et soigner le TDA/H chez les jeunes*. Mardaga. Bruxelles : Primento, 2013.

5. Hooft M-N, Denis C, Pitchot W. Controverses autour du diagnostic du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). *Rev Med Liège* 2016 ; 71 : 141-6.
6. American Psychiatric Association. *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson, 2013.
7. ICD-11. Mortality and Morbidity Statistics [consulté le 02/08/2019]. Disponible à l'URL : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f821852937>.
8. Lussier F. TDA/H qu'en est-il en 2016 ? Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). *ANAE* 2016 ; (140) : 2016 ; 28.

9. Bailly D, Bouvard M, Casadebaig F, et al. Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Les éditions Inserm. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2003.
10. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi*. Paris : Les éditions Inserm, 2009.
11. Pionnié-Dax N. Hyperactivité et troubles de l'attention chez l'enfant. 2e partie : expliquer et traiter. *Médecine* 2007 ; 3 : 264-6.
12. Egaut C. *Les enfants « dys » : guide pratique à destination des parents*. Saint-Étienne : Osmose, 2016.
13. ANSM. Données d'utilisation et mesures visant à sécuriser l'emploi du méthylphénidate en France. 2017 [consulté le 02/08/2019]. https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b2137a9c7e-c0a6113a7b8cf9c504384c.pdf.
14. St-Onge J-C. *TDA/H ? Pour en finir avec le dopage des enfants*. Montréal : Les Éditions Ecosociété, 2015.
15. La rédaction Prescrire. Hyperactivité avec déficit de l'attention. Ne pas banaliser le méthylphénidate. *Rev Prescrire* 2017 ; 37 : 592.
16. La rédaction Prescrire. Méthylphénidate : banalisé malgré les dangers. *Rev Prescrire* 2017 ; 37 : 616.
17. La rédaction Prescrire. Méthylphénidate : un amphétaminique à ne manier qu'avec beaucoup de précautions. *Rev Prescrire* 2011 ; 31 : 263.
18. La rédaction Prescrire. Méthylphénidate : troubles cardiaques (suite). *Rev Prescrire* 2016 ; 36 : 824.
19. La rédaction Prescrire. Normalisation scolaire avec le méthylphénidate. *Rev Prescrire* 2019 ; 39 : 130.
20. Haute Autorité de Santé - Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité [consulté le 02/08/2019]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-d-avoir-un-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite.
21. La rédaction, Prescrire. Troubles de l'attention chez les enfants et les adolescents? : un guide tendancieux. *Rev Prescrire* 2015 ; 35 : 949.
22. Kochman F, Karila L, Tiravi S. Place des psychostimulants chez l'enfant hyperactif. *Rev Prat* 2002 ; 52 : 6.
23. Belliard A, Eideliman J-S, Fansten M, Mougel S, Planche M, Vaumoron S. Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H. *Sciences sociales et santé* 2019 ; 37 : 5-29.
24. Préfiguration des plateformes d'orientation et diagnostic pour enfants de 0 à 6 ans porteurs de troubles du neuro-développement [consulté le 02/08/2019]. Disponible à l'URL : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/prefiguration-des-plateformes-dorientation-et-diagnostic-pour-enfants-de-0-6-ans-porteurs-de>.
25. Clément C. *Le TDA/H chez l'enfant et l'adolescent*. De Boeck, 2013.
26. Tisseron S. 3-6-9-12 - Apprivoiser les écrans et grandir. 3-6-9-12 [consulté le 02/08/2019]. Disponible à l'URL : <https://www.3-6-9-12.org/>.
27. Bourchtein E, Langberg JM, Cusick CN, Breaux RP, Smith ZR, Becker SP. Featured Article: Technology Use and Sleep in Adolescents With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Pediatr Psychol* 2019 ; 44 (5) : 517-26.
28. Ra CK, Cho J, Stone MD, et al. Association of Digital Media Use With Subsequent Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents. *JAMA* 2018 ; 320 (3) : 255-63.
29. TDA/H 2016. Le sport et le TDA/H. (Forum d'informations sur le TDA/H, en lien avec le DU Diagnostic et la prise en charge du TDA/H organisé par l'université Paris Descartes et les associations TDA/H Partout Pareil et Mots pour Maux d'enfants.) [consulté le 02/08/2019]. Disponible à l'URL : <https://TDA/H2016.wordpress.com/2016/05/15/le-sport-et-le-TDA/H/>.