

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

Des recommandations HAS sont publiées depuis 2015 à destination des médecins de premier recours... En pratique générale courante, que doit savoir le médecin généraliste en 2019 du diagnostic à la thérapeutique ? Que recouvre l'acronyme « TDA/H » ? Comment confirmer puis orienter un enfant repéré comme « hyperactif » ? Quand est-il justifié de diriger un enfant avec un TDA/H vers une consultation pour une prescription de méthylphénidate et quelles en sont les alternatives ? Les controverses au sujet du traitement médicamenteux sont importantes en France, quels peuvent être les repères pour aider le MG à un meilleur discernement ?

• Mots clés

TDA/H ; méthylphénidate ; hyperactivité ; inattention ; impulsivité ; médecine générale.

Abstract. ADHD joins neurodevelopmental disorders. Part 2. What does the GP has to know in 2019?

HAS recommendations for primary care physicians have been published since 2015... In ordinary general practice, what does the GP has to know in 2019? What does the acronym "ADHD" mean? How to confirm and then refer a child identified as "hyperactive"? When is it justified to refer a child with ADHD to a consultation for a prescription of methylphenidate and what are the alternatives? Controversies about drug treatment are important in France, what can be the benchmarks to help the GP to better understand?

• Key words

ADHD; methylphenidate; hyperactivity; inattention; impulsivity; family practice.

DOI: 10.1684/med.2019.487



Le TDA/H rejoint les troubles du neuro-développement

Partie 2. Quoi de neuf en pratique générale en 2019 ?

Diagnostic

Selon le DSM-5, repris par la Haute Autorité de Santé (HAS), le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), classifié parmi les troubles neurodéveloppementaux, est défini comme un trouble comportant des problèmes de concentration, d'attention, associés à de l'impulsivité et une hyperactivité psychomotrice. Il existe trois types de TDA/H : avec prédominance « déficit attentionnel » (46 %), avec prédominance « hyperactivité/impulsivité » (36 %) ou de type mixte (hyperactivité et/ou impulsivité et troubles attentionnels associés) (18 %). Ces symptômes interfèrent significativement avec le fonctionnement social, scolaire ou professionnel et la qualité de vie du sujet et apparaissent dans au moins deux types d'environnement différents. Les TDA/H sans hyperkinésie sont plus difficiles à repérer par le médecin généraliste (MG) lors d'une consultation de routine [1-4].

Les premiers signes cliniques débutent généralement vers trois-quatre ans, mais le diagnostic de TDA/H est fréquemment suspecté plus tardivement, lorsque les troubles impactent la scolarité. Le trouble se constate souvent à partir de sept ans et dure depuis au moins six mois, son expression et son intensité varient selon l'âge et le sexe. Le TDA/H est un trouble neurologique (fonctions exécutives), les personnes qui en sont atteintes éprouvent de la difficulté à contrôler leur comportement et/ou à maintenir leur concentration. Généralement diagnostiqué lors de l'enfance, il continue très souvent à se manifester à l'âge adulte [1-3, 6, 7].

L'instabilité psychomotrice est connue depuis plusieurs décennies comme l'un des motifs de consultation les plus fréquents en pédopsychiatrie [3, 8-10]. Elle peut être physiologique chez les jeunes enfants qui éprouvent un besoin naturel de bouger et ne soutiennent pas leur attention de façon prolongée en lien avec la maturation progressive des fonctions exécutives. Pour les enfants atteints de TDA/H l'anamnèse peut retrouver dans leur petite enfance, des difficultés à établir un rythme physiologique dans le premier semestre, un retard des acquisitions de la propreté, du langage oral, des crises de colère et de frustration très importantes [11].

Manifestations comportementales et difficultés cognitives

Les signes d'alerte (*encadré 1*) ne sont pas spécifiques et doivent être associés pour évoquer un TDA/H. Ceux qui évoquent une hyperactivité motrice sont sans doute les plus évidents : l'enfant court et grimpe partout, s'agite, ne reste pas assis, ne sait pas jouer en silence, prend des risques, n'a aucune

Encadré 1



Exemple : problèmes repérés par les parents, d'après HAS [1] (extrait page 14).

Évocateurs d'un trouble de l'attention :

- Se laisse distraire facilement.
- Donne l'impression de ne pas écouter, oblige l'entourage à lui répéter un grand nombre de fois les consignes.
- A des difficultés à maintenir son attention dans son travail scolaire ou les jeux, se lasse très vite.
- A des difficultés à s'organiser seul, pour son travail, à gérer son matériel de classe, a des oublis fréquents et nombreux (matériel, cahier, livre, travail à faire, etc.), pouvant nécessiter de refaire le stock de fournitures scolaires fréquemment. . .
- A des difficultés à trier et à hiérarchiser les demandes (il ne sait pas par où commencer. . .).
- A des difficultés à planifier son temps (nécessité de séquencer la consigne afin qu'elle puisse être réalisée complètement par l'enfant).
- A du mal à s'engager dans une activité puis ensuite à la terminer.

Évocateurs d'une hyperactivité :

- Est agité, ne reste pas assis, gigote, manipule ses affaires en permanence, ne tient pas en place.
- A tendance à perturber les autres (camarades, frères, sœurs).
- Se met en danger (accidents multiples, fractures, points de suture à répétition, enfant qui échappe souvent à la surveillance des parents dans les lieux publics, se perd, ou qui requiert de la part des parents une surveillance continue inhabituelle. . .).

Évocateurs d'une impulsivité :

- Agit ou répond sans réfléchir.
- Ne prend pas le temps de sélectionner la réponse (comportementale ou verbale) adaptée.
- Ne contrôle pas ses gestes, ses paroles, ses émotions.
- Se montre impatient, n'aime pas attendre, s'impatiente dans la salle d'attente, se sent facilement frustré.
- Coupe la parole de manière inappropriée, ou intervient de manière impromptue.

notion du danger. . . L'impulsivité est l'incapacité à s'empêcher de dire ou de faire, c'est un trouble de l'inhibition qui peut être cognitif et/ou comportemental.

Les signes cliniques sont représentés par un enfant qui n'attend pas son tour et se précipite pour répondre et interrompt les autres, passe d'une activité à une autre, a du mal à organiser son travail et ne peut se conformer aux

ordres. Enfin les signes d'un déficit de l'attention sont parfois plus subtils à détecter : difficultés à se concentrer, facilement distrait, paraît ne pas écouter, perd ses objets de travail (oublie ses stylos, cahiers, vêtements à l'école), ne termine pas ce qu'il entreprend. L'inattention peut toucher différents types d'attention. L'attention sélective qui est la capacité à se focaliser sur un stimulus pertinent malgré les distracteurs. L'attention soutenue est la capacité à maintenir son attention sur une tâche monotone de longue durée. L'attention divisée est la capacité à répartir son attention sur deux tâches à la fois (intra- ou intermodale). Dans un trouble de l'attention, plusieurs secteurs sont pathologiques et cela a pour conséquences d'être source de difficultés ou d'échec scolaire.

Le trouble doit se manifester dans différents lieux, à l'inverse d'un problème éducatif pur. À l'école, l'enfant atteint de TDA/H est décrit par l'enseignant comme un enfant qui bouge sans cesse, tombe de sa chaise, ne tient pas assis, s'allonge sur son bureau, n'attend pas son tour pour répondre, n'écoute pas la fin de la question avant de répondre. . . Le périscolaire n'en veut plus, il se fait même renvoyer du sport, n'est plus accepté aux sorties scolaires (sauf si l'un de ses parents l'accompagne !). Même les grands-parents ne veulent plus le garder, et à la maison ce n'est pas mieux, il est infernal, les parents attendent qu'il dorme avec impatience.

L'étiologie précise reste inconnue, aucun examen complémentaire n'a de valeur diagnostique et il n'existe pas de test diagnostique unique. Son diagnostic est fondé sur la clinique et l'anamnèse, exigeant un recueil des données issues de plusieurs sources d'informations (parents, enseignants, grands-parents, assistantes maternelles. . .) et de situations cliniques. L'utilisation des informations d'ordre médical, éducatif, social et psychologique est nécessaire. Des questionnaires peuvent être utiles pour les parents, les enfants et les enseignants : par exemple les échelles de Conners (*tableau 1*), signe de repérage HAS. Si ces questionnaires ne sont pas suffisants pour établir un diagnostic, ils peuvent être utiles pour suivre l'évolution de la sévérité du trouble [1, 3, 5-7].

Diagnostic différentiel, troubles associés et comorbidités

Le premier diagnostic différentiel à évoquer est le trouble anxieux plus ou moins associé à une dépression (ou troubles thymiques). Selon la nomenclature du DSM-5, les autres recoupent les troubles oppositionnels avec provocation (TOP), les troubles de l'attachement, trouble disruptif de dysrégulation émotionnelle, les autres TND (troubles spécifiques des apprentissages, déficience intellectuelle, les troubles du spectre de l'autisme, les troubles de la communication, les troubles de coordination motrice), certains traitements médicamenteux (barbituriques), des lésions cérébrales (IMC, hydrocéphalie), la surdité, l'épilepsie (épilepsie, absence), la prise de toxiques (cocaïne, psychostimulants) ou l'hyperthyroïdie. Il est aussi nécessaire de rechercher une précocité (haut potentiel intellectuel ou HPI).

• **Tableau 1.** Exemple : questionnaire de Conners pour les enseignants (forme abrégée) – d'après Cogni-Sciences – Laboratoire de Sciences de l'Éducation – Grenoble.

L'élève	Score enseignant
1) Est agité, se tortille sur sa chaise.	
2) Fait des crises de colère, a des conduites imprévisibles.	
3) Est distrait.	
4) Perturbe les autres élèves.	
5) Fait la moue, boude facilement.	
6) À une humeur qui change rapidement et de façon marquée.	
7) Est agité, va constamment à droite et à gauche.	
8) S'excite facilement, est impulsif.	
9) À de la difficulté à terminer ce qu'il commence.	
10) S'énerve facilement quand il doit faire un effort.	

Pour bien comprendre le problème de l'enfant, remplir ce questionnaire en tenant compte de la cotation suivante pour chaque item : 0 = pas du tout, 1 = un peu, 2 = beaucoup, 3 = énormément. Si score > 15 : suggère des indices de TDAH, items 1, 4, 7, 8 : évocateurs d'hyperactivité/impulsivité, items 2, 5, 6 : évocateurs de trouble du comportement, items 3, 9, 10 : évocateurs d'inattention, passivité.

La recherche de troubles associés et de comorbidités est indispensable pour la prise en charge et le pronostic. Les affections comorbides sont extrêmement fréquentes, au point que les formes « pures » se révèlent assez minoritaires. On constate une association fréquente du TDA/H avec des troubles du comportement, notamment un trouble oppositionnel (40 % des cas), troubles des conduites (20 %), troubles thymiques ou anxieux (20 à 30 %) [3, 6, 12].

Mais certaines comorbidités sont souvent réactionnelles au trouble du neurodéveloppement (TND). Ne pas les reconnaître, les réfuter ou les minimiser peut s'avérer dangereux, car elles feront le lit des troubles thymiques et anxieux de ces enfants à l'adolescence et reflètent certainement une mauvaise prise en charge du TDA/H : l'enfant se décourage, perd en estime de soi, et cela est d'autant plus important que le diagnostic est tardif [4]. Les comorbidités psychiatriques sont fréquemment associées et doivent absolument être recherchées, car en l'absence de traitement la moitié des TDA/H aurait des démêlés avec la justice [3].

De 25 à 50 % des enfants avec TDA/H présentent des troubles des apprentissages pouvant conduire à l'échec scolaire (20 % de dyslexie/dyscalculie), un trouble oppositionnel, des troubles des conduites, ou le « zapping attentionnel » des HPI qui s'ennuient... Tout cela ajoute des difficultés au diagnostic et impose une prise en charge différente pour chaque enfant, ce qui peut influencer l'évolution et le pronostic.

Un bilan neuropsychologique s'impose absolument pour le diagnostic définitif et représente un coût certain (environ 400 €). Il comprend une psychométrie (WISC-V), et une évaluation attentionnelle et exécutive qui ne peuvent pas s'effectuer avant 6 ans, car les batteries ne sont pas normées avant cet âge [3]. L'évaluation des fonctions exécutives n'appartient pas au domaine de compétences du psychologue scolaire. Il est ainsi préférable d'attendre afin de proposer à l'enfant une évaluation plus poussée, même si bien souvent on suspecte le TDA/H depuis plusieurs années [4]. Le diagnostic est complexe à établir et le délai, en France, est d'environ deux ans et demi [3, 5].

Scolarité, vie sociale et familiale

En France, peu d'enfants TDA/H disposent d'une prise en charge à 100 % ou d'une allocation d'éducation spécialisée dépendant de la sévérité du tableau et des troubles associés ou comorbides, alors que la pathologie est durable et comporte un handicap sur les apprentissages et le comportement. À l'initiative d'associations de parents, des projets de formation des enseignants aux techniques psycho-éducatives se sont développés en partenariat avec l'Éducation nationale [3, 13]. Depuis la loi du 11 février 2005 (inclusion des enfants porteurs de handicap), des ajustements peuvent être proposés directement en classe pour limiter les répercussions fonctionnelles de ces troubles [14]. L'élève avec un déficit attentionnel doit bénéficier d'aménagements pédagogiques spécifiques de différentes natures jusqu'à une aide humaine dans les cas plus complexes (Auxiliaire de Vie Scolaire), demande réalisée auprès de la MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée). En cas de TDA/H isolé, il est judicieux de demander au chef d'établissement un PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) qui devra être minutieusement renseigné par le médecin de l'éducation nationale ou à défaut un autre médecin, dont le médecin généraliste. Pour le remplir correctement, il faut être muni des résultats des différentes évaluations, notamment des bilans neuropsychologiques et également orthophoniques, afin de rendre compte des points d'appui pédagogiques et des conséquences des troubles sur les apprentissages. Le médecin doit compléter minutieusement cet encart, pour traduire le retentissement de façon intelligible pour les enseignants. L'intitulé des diagnostics ne doit pas figurer sur le PAP ; l'important est de mettre en avant les difficultés de l'enfant dans le cadre scolaire. Pour les examens, un tiers temps supplémentaire peut être demandé, pour faire des pauses accompagnées par exemple, et non pas pour allonger le temps de l'épreuve ce qui n'améliore pas les troubles attentionnels [4].

L'expérience des familles [13] montre que les médecins sont souvent mal formés à l'identification des signes et des symptômes des troubles du développement de l'enfant et que les réponses aux inquiétudes des parents sont souvent inadéquates. Force est de constater qu'un délai, pouvant atteindre plusieurs années, est encore

aujourd'hui généralement observé entre le début des troubles (voire la survenue de complications) et la mise en place d'une prise en charge adaptée [9]. Le diagnostic représente un grand bouleversement pour les parents qui en ont souvent une représentation erronée et se décrivent parfois comme incompris et démunis. L'information médicale est une étape essentielle dans la prise en charge de l'enfant et de sa famille [10]. Il faut comprendre que le TDA/H est un TND, et non pas une simple carence éducative. Ces enfants ont besoin d'un cadre clair et solide, mais ajusté (pas trop strict), avec plus de bienveillance (sans laxisme) et d'un seuil de tolérance plus élevé. La guidance parentale est donc essentielle [4].

Le généraliste a véritablement un rôle central dans la prise en charge de ces enfants. Il doit travailler en étroite collaboration avec la médecine scolaire pour dépister et aider un maximum d'enfants, et faire le lien avec différentes structures de soins (CMP, CMPP, pédiatres, pédopsychiatres, neuropédiatres, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues...) [8].

Les soins

Les thérapies non médicamenteuses

Notre système de santé est peu préparé aux prises en charge non médicamenteuses. Les coûts des traitements à la charge des parents, ainsi que la difficulté à trouver les personnes-ressources, rendent difficile leur application dans la réalité. Seuls les CMP ou CMPP permettraient une prise en charge psychologique sans avance financière, mais les délais d'accès s'étalent souvent sur plusieurs mois à plusieurs années...

Pourtant tout TDA/H devrait bénéficier d'une prise en charge psychologique. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) peuvent agir sur les différentes composantes du TDA/H. Elles regroupent un ensemble de stratégies efficaces, faisant appel aux techniques d'extinction, de renforcement, de résolution de problème, d'affirmation de soi [3]. Les TCC sont souvent brèves chez l'enfant, chaque technique ne nécessite que quelques séances et l'ensemble de la prise en charge du TDA/H peut se dérouler sur deux années scolaires en moyenne sous condition de l'implication des parents et de l'école ou des éducateurs [3].

La psychothérapie individuelle ou en groupe constitue la clef de voûte du traitement de l'hyperactivité infantile si l'enfant présente des troubles thymiques. Elle permet d'intégrer les troubles comorbides associés (troubles oppositionnels avec provocation, troubles des conduites, troubles des apprentissages, troubles anxieux, perturbation de l'estime de soi, difficultés relationnelles avec les pairs...) sur lesquels les psychostimulants n'ont que peu ou pas d'efficacité. Une approche relationnelle psychothérapeutique permet d'appréhender les troubles relationnels intrafamiliaux et favorise une relance de la dynamique relationnelle, tout en aidant l'enfant à devenir l'acteur de sa propre histoire [15].

La remédiation neuropsychologique est une autre méthode en développement. Ses spécificités reposent sur la reconnaissance des difficultés, le travail sur le processus de pensée, le fait de rendre l'enfant acteur de ses apprentissages et le travail sur la confiance en soi. Le fonctionnement de la remédiation cognitive se base sur différents supports : images, métaphores et médiation par le biais de jeux. Cette technique peut être mise en place dès 6 ans si l'enfant a la capacité de réfléchir sur son propre fonctionnement ; sinon vers 9-10 ans, l'âge de la métacognition. Un suivi régulier est nécessaire (une séance par semaine de 40 minutes, environ 12 à 18 séances au total). L'objectif est de rendre l'enfant autonome dans la gestion de son trouble attentionnel et de développer des stratégies d'adaptation et de conceptualisation. Le coût des séances réalisées par les neuropsychologues (environ 50 € la séance) rend encore une fois l'accès aux soins difficile pour les familles.

Les formations parentales, la psychomotricité très utile pour les plus jeunes (avant 6 ans), l'orthophonie, les programmes d'intervention scolaires peuvent venir compléter une prise en charge complexe. Toute la difficulté est de bien choisir les outils adaptés à chaque situation, et de voir le coût que cela représente pour les parents. Certains bilans et rééducations (orthoptique par exemple) peuvent être pris en charge par la caisse d'assurance maladie (CPAM) s'ils sont prescrits par un médecin. L'association interactive entre traitement médicamenteux et non médicamenteux procure des effets synergiques et permet d'améliorer significativement le pronostic à long terme, notamment en cas d'associations comorbides.

Aucune méthode ne guérit le TDA/H et ne semble plus efficace que les autres. Même si le caractère pénurique du système de soins peut rendre la proposition fictionnelle, la seule approche crédible est... intégrative.

Les thérapies médicamenteuses

Le méthylphénidate est un psychostimulant indiqué dans le TDA/H, chez l'enfant de 6 ans et plus, dans le cadre d'une prise en charge globale et lorsque des mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes. Sa structure chimique qui est apparentée à celle des amphétamines permet d'avoir une action sur les troubles de l'attention, mais ne traite pas l'impulsivité. La Commission de la Transparence de la HAS considère que le service médical rendu est important dans le cadre de son indication. Ces spécialités sont inscrites sur la liste des stupéfiants et soumises à des conditions de prescription et de délivrance restreintes. Face aux risques neuropsychiatriques, cardiovasculaires et cérébro-vasculaires, et aux effets possibles sur la croissance staturo-pondérale et la maturation sexuelle, mais aussi des risques d'abus et d'usage détourné, des mesures particulières de surveillance et de minimisation des risques ont été mises en place [1, 6, 7].

Il est recommandé de débiter avec la dose la plus faible possible, d'adapter progressivement la posologie et d'éviter les prises dans l'après-midi. En cas d'absence

• **Tableau 2.** Formes galéniques disponibles en France.

	Concerta LP®	Quasym LP®	Ritaline®	Ritaline LP®	Medikinet®
Galénique	Gélule	Gélule	Comprimé	Gélule	
Dosage	18 mg 36 mg 54 mg	10 mg 20 mg 30 mg	10 mg	10 mg 20 mg 30 mg 40 mg	5 mg 10 mg 20 mg 30 mg 40 mg
Durée d'action	12 h	8 h	3-4h	8 h	8 h
Proportion LI/LP	22/88	30/70	100 % LI	50/50	50/50

LI : libération immédiate ; LP : libération prolongée.

d'amélioration après un mois, le traitement doit être interrompu. Le méthylphénidate n'est pas automatiquement efficace, il stimule l'attention, et n'a pas vocation à endormir ni à calmer (c'est un stimulant). Le traitement est symptomatique et non curatif : aucun médicament ne guérit le TDA/H. Le bilan neuropsychologique initial qui objective le DA, permet de poser l'indication légitime d'un traitement par méthylphénidate, sur les temps qui nécessitent une attention soutenue. Utilisé correctement, il n'entraîne pas de dépendance. Le traitement n'est pas à vie, il est recommandé de l'interrompre au moins une fois par an, afin de juger l'intérêt de le poursuivre, avec un arrêt si possible avant la puberté [1, 16, 17].

Le traitement est d'autant plus efficace qu'il est commencé précocement. Pourtant il est fréquent de rencontrer des parents réticents à accepter cette prescription ou ceux qui ne comprennent pas pourquoi prescrire un traitement, alors que leur enfant n'est pas agité. Le traitement est efficace sur le DA, même isolé (sans hyperkinésie). L'apparition d'un échec scolaire fait parfois prendre conscience de l'intérêt d'un traitement. Le but est de permettre à l'enfant de se concentrer sans que cela ne lui demande un effort insurmontable. L'enfant retrouve une scolarité la plus normale possible et le plaisir d'apprendre. Puis devant l'effet spectaculaire du traitement, les notes qui remontent, l'apaisement de tous, ils admettent avoir perdu du temps [4, 13].

En France, le seul psychostimulant utilisé est le méthylphénidate. Son AMM date de 1995. Cinq formes galéniques sont disponibles soit à libération immédiate (LI) ou en partie à libération prolongée (LP) ([tableau 2](#)).

Depuis 2015, les MG peuvent changer les produits (LI ou LP) et les posologies lors des renouvellements. Ils peuvent moduler la prescription en fonction du besoin et de l'intensité du trouble attentionnel.

La guanfacine est un agoniste des récepteurs alpha-2 adrénergiques, autorisée depuis 2015 dans l'Union européenne, à la dose maximale de 7 mg par jour, chez

les enfants de 6 ans ou plus TDA/H lorsque l'effet des psychostimulants est insuffisant, avec trop d'effets indésirables ou inappropriés. En regard des effets indésirables (sommolence, céphalées, fatigue, prise de poids, hypertension artérielle, bradycardies, syncopes...) et sans effets démontrés sur les relations familiales et sociales ou les « performances » scolaires, elle reste à écarter par prudence [18]. L'atomoxétine, un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline, a une efficacité probablement inférieure au méthylphénidate avec un profil d'effets indésirables qui n'est pas plus favorable [3, 18].



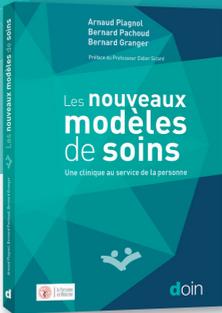
Pour la pratique

- Savoir évoquer un TDA/H sans oublier ses multiples facettes, par exemple sans hyperactivité motrice : le piège de l'enfant « calme » en consultation.
- Se mettre en relation avec les autres professionnels de santé pour établir le diagnostic avec certitude, rechercher les comorbidités associées, coordonner les différents acteurs et débiter la prise en charge.
- La prise en charge commence par l'écoute et le soutien de l'enfant et de sa famille par tous les intervenants (médecins, école +++) et ne veut pas dire « traitement médicamenteux » pour tous.
- Connaître les règles de prescription et de surveillance du méthylphénidate pour les renouvellements et savoir moduler le traitement en fonction du besoin et de l'intensité du trouble émotionnel.

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

RÉFÉRENCES

1. 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. Synthèse de la recommandation de bonne pratique [consulté le 02/08/2019]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_synthese.pdf.
2. Wodon I. *Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent : Comprendre et soigner le TDA/H chez les jeunes*. Bruxelles : Mardaga, 2013.
3. Vantalon V. *L'hyperactivité de l'enfant*. Montrouge : John Libbey Eurotext Limited, 2005.
4. Egaud C. *Les enfants « dys » : guide pratique à destination des parents*. Saint-Étienne : Osmose, 2016.
5. Cortese S. Le diagnostic. HyperSupers - TDA/H Site de l'association HyperSupers TDA/H France [consulté le 02/08/2019]. Disponible à l'URL : <https://www.TDA/H-france.fr/Le-diagnostic.html>.
6. Kervella C, Zimmermann C, Abitteboul Y. Dépistage du TDA/H chez l'enfant par le médecin généraliste : revue systématique de la littérature [Thèse de Doctorat d'Université, Sciences médicales]. Toulouse : Université Paul Sabatier, 2017.
7. Sztark C. État des lieux des pratiques des médecins généralistes concernant le repérage du Trouble Déficit de l'Attention. [Thèse de Doctorat d'Université, Sciences médicales]. Université Paris Diderot - Paris 7 : UFR de médecine, 2018.
8. Bailly D, Bouvard M, Casadebaig F, et al. *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Les éditions Inserm, 2003.
9. 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.
10. Franc N, Vigo S, Purper-Ouakil D. *Mon enfant est hyperactif (TDA/H) : Regards croisés d'une maman et d'une pédopsychiatre*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2017.
11. Pionnié-Dax N. Hyperactivité et troubles de l'attention chez l'enfant. 1re partie : pathologie ou phénomène de mode. *Médecine* 2007 ; 3 : 211-4.
12. Blanchard B, Loisel Y. Hyperactivité de l'enfant. Une prise en charge avant tout psychoéducative. *Médecine* 2008 ; 4 : 164-7.
13. 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.
14. Seguin C, Bussy G, Des Portes V. Le TDA/H à l'école : de la rééducation aux aménagements pédagogiques. 2015 [consulté le 02/08/2019]. Disponible à l'URL : http://www.resodys.org/IMG/pdf/article_softal_seguin.pdf.
15. George G. Psychothérapie de l'hyperactivité avec trouble de l'attention de l'enfant. *Rev Prat* 2002 ; 52 : 2013-6.
16. ANSM. Données d'utilisation et mesures visant à sécuriser l'emploi du méthylphénidate en France. 2017 [consulté le 02/08/2019]. https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b2137a9c7ec0a6113a7b8cf9c504384c.pdf.
17. Kochman F, Karila L, Tiravi S. Place des psychostimulants chez l'enfant hyperactif. *Rev Prat* 2002 ; 52 : 6.
18. Collectif. Guanfacine (intuniv®) et déficit de l'attention avec hyperactivité. Somnolence excessive et risque cardiovasculaires graves. *Rev Prescrire* 2017 ; 37 : 329-32.



Les nouveaux modèles de soins

Une clinique au service de la personne

- Arnaud Plagnol
- Bernard Pachoud
- Bernard Granger

Repenser le prendre-soin par des pratiques innovantes

De profondes mutations dans la conception des soins sont en gestation et convergent vers la même aspiration : une attention à l'humain, aux échanges, aux ressources et aux aspirations de la personne soignée, dans sa singularité inaliénable.

Cette nouvelle culture du prendre-soin nourrit déjà les pratiques soignantes et s'appuie sur des concepts novateurs issus des expériences de cliniciens engagés ou portés par des mouvements d'usagers.

Ce volume présente les plus dynamiques de ces nouveaux modèles de soins, leurs fondements, principes communs et développements cliniques concrets.

Collection **La Personne en Médecine**

- Octobre 2018
- 17 x 24 cm, 224 pages
- ISBN : 978-2-7040-1582-5
- **36 €**

En savoir + sur www.jle.com






Egalement disponible en Ebook

