

NOTE DE CADRAGE

Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Diagnostic et prise en charge des enfants et adolescents

Validée par le Collège le 10 novembre 2021

Date de la saisine : 27 juin 2019

Demandeur : DGS/ HyperSupers – TDAH France

Service(s) : DAQSS/SBP

Personne(s) chargée(s) du projet : Christine REVEL DELHOM

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Dans la continuité de la *Stratégie Nationale Autisme au sein des Troubles du Neurodéveloppement*, la HAS a été saisie sur le thème du TDAH par l'Association de patient HyperSupers-TDAH France sur la question « Quelles modalités de soins pour les personnes qui présentent un Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) de l'enfance à l'âge adulte. »

La DGS/DGOS (en partenariat avec des associations de patient dont HyperSupers-TDAH France) a appuyé cette demande par une saisine distincte sur la question : « Compléter les recommandations de premier recours de 2014 pour les enfants, avec des recommandations relatives au diagnostic et au traitement du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les enfants, les adolescents et les adultes par un médecin spécialiste. ». Cette demande vise notamment à décrire un bilan minimum validé scientifiquement pour la confirmation du diagnostic et à proposer un parcours de soins gradué en fonction de la sévérité du trouble pour les patients présentant un TDAH et les proches les accompagnant.

Cette demande sera traitée sous la forme de deux projets : une recommandation sur le *Diagnostic et prise en charge des enfants et adolescents* et une recommandation sur le *Repérage, diagnostic et prise en charge des adultes*.

1.2. Contexte

Généralités

Une politique publique a été définie à travers la *Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement* (1) afin de proposer 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 autisme et TND et d'un forfait « intervention précoce, autisme, TND » pour fluidifier les parcours de soins.

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

Ils regroupent notamment les troubles du développement de la communication et des interactions sociales (autisme), du développement intellectuel (déficience intellectuelle ou retard mental), du développement de l'attention (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ou impulsivité) et des fonctions associées (mémoire de travail, contrôle exécutif...). L'étiologie présumée des TND n'est pas univoque. Les TND sont des affections complexes dont les facteurs de risque sont multiples et diversement associés : génétiques, épigénétiques et environnementaux, survenant en pré conceptionnel, ante, péri ou postnatal.

Le TDAH fait partie des troubles du neurodéveloppement au même titre que les troubles du spectre de l'autisme (selon le DSM-5). Le TDAH partage avec ces troubles un déficit ou un retard des compétences acquises au cours du développement (en particulier, concernant les apprentissages et le contrôle émotionnel).

Le trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), est caractérisé par l'association de symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité et/ou d'impulsivité dont l'expression peut varier au cours du temps et en fonction de l'environnement. L'étiologie précise de ce syndrome est inconnue et il n'existe pas de test diagnostique unique. Son diagnostic est fondé sur la clinique et l'anamnèse.

Le TDAH est caractérisé dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association (DSM-V) et dans la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10). Comparé à la version précédente du DSM (DSM-IV), le DSM-V introduit les critères diagnostiques du TDAH chez l'adulte. Cependant, le DSM-V précise que le TDAH débute dans l'enfance et qu'il est important d'avoir un tableau clinique significatif avant l'âge de 12 ans. Bien que les critères diagnostiques soient presque les mêmes, la définition de la CIM-10 est beaucoup restrictive que le DSM-V (2). Une nouvelle version de la CIM, la CIM-11, dont les critères sont plus proches du DSM-V, entrera en vigueur en 2022.

Bien que le TDAH soit un trouble observé chez les enfants, des études ont montré que 15% des enfants atteints de TDAH continuaient à présenter des caractéristiques cliniques qui répondaient aux critères de diagnostic à l'âge de 25 ans, et que plus de 50% ont continué à souffrir à l'âge adulte d'altérations significatives dans plusieurs domaines notamment : les apprentissages, le fonctionnement social, les conduites à risque à l'adolescence, le maintien dans l'emploi à l'âge adulte (3-7).

Par ailleurs, le TDAH est souvent associé à d'autres troubles du neurodéveloppement tels que les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles de l'acquisition de la coordination, les troubles de la communication et les troubles du spectre de l'autisme, la déficience intellectuelle, les troubles du sommeil. Le TDAH s'associe par ailleurs à de fréquents troubles psychiatriques, au premier rang desquels le trouble des conduites, la dépression et les troubles anxieux (8).

Le retentissement du TDAH est en lien à la fois avec la sévérité des symptômes et la présence de ces troubles comorbides (échec scolaire, instabilité des trajectoires professionnelles, risque élevé de consommation de substances psychoactives, de conduites addictives, de comportements antisociaux et de tentatives de suicide) (9-11).

Les données épidémiologiques récentes démontrent un risque accru de mortalité, chez les enfants et chez les adultes atteints de TDAH (12). Cette mortalité est en lien à la fois avec un risque accidentel

majeur (accidents domestiques, comportements à risque et accidents de la route) mais aussi avec un taux de suicide six fois supérieur aux individus non-TDAH.

Prise en charge non médicamenteuse

Selon les précédentes recommandations HAS et les recommandations internationales, la prise en charge du TDAH doit être la plus précoce possible, et être adaptée aux symptômes de l'enfant, à leur sévérité et au contexte socio familial.

Elle débute par des mesures non médicamenteuses qui comprennent principalement une psychothérapie, une rééducation des troubles associés et une guidance parentale et thérapie familiale.

Différents travaux de synthèse récents (méta-analyses) font le point sur l'efficacité de ces prises en charge dans le TDAH à court et long terme. (13, 14). Elles peuvent être complétées si besoin par un traitement pharmacologique.

Prise en charge médicamenteuse

Le méthylphénidate, appartenant à la famille des psychostimulants, est le seul traitement à disposer en France d'une AMM dans le TDAH, chez l'enfant de 6 ans et plus, lorsque les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes.

D'autres traitements du TDAH sont disponibles dans d'autres pays européens, notamment au Royaume-Uni, il s'agit de l'atomoxétine (Strattera®), de la lisdexamfetamine (Elvanse®) et de la dexamfetamine.

Selon un second rapport publié en 2017 par l'ANSM (2) sur le méthylphénidate, environ 30% des initiations de traitement ont été mises en œuvre par des médecins libéraux, spécialistes et généralistes, allant ainsi à l'encontre des recommandations de primo-prescription par les spécialistes hospitaliers et/ou les services hospitaliers spécialisés en neurologie, en psychiatrie ou en pédiatrie.

On constate une augmentation régulière en France de la consommation journalière de MPH de 0,01 DDJ en 1996, 0,18 DDJ en 2005, 0,43 DDJ en 2012, 0,71 DDJ en 2014 (nombre de DDJ pour 1 000 habitants et par jour), cependant, l'utilisation de ce médicament en France reste faible notamment en comparaison à d'autres pays européens.

La HAS a publié en 2021 un rapport d'évaluation des spécialités à base de méthylphénidate dans le but de réévaluer le service médical rendu de ces spécialités (15).

Les conclusions de ce rapport confirment la stratégie définie antérieurement, ainsi un traitement pharmacologique à base de méthylphénidate peut être instauré en deuxième intention chez l'enfant de 6 ans et plus, ayant un diagnostic établi de TDAH selon les critères de l'AMM, lorsque les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes. Le traitement pharmacologique est alors intégré à la stratégie de prise en charge globale.

Le traitement par méthylphénidate n'est pas indiqué chez tous les enfants présentant un TDAH, et la décision d'utiliser ce médicament devra se fonder sur une évaluation approfondie de la sévérité et de la chronicité des symptômes de l'enfant, en tenant compte de son âge.

Organisation de la prise en charge

Une *Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement* a été mise en place par le gouvernement en 2018 et doit se déployer jusqu'en 2022.

Cette stratégie propose des actions communes à l'ensemble des TND (dont le TDAH) pour repérer, diagnostiquer et intervenir précocement, diffuser les connaissances en formant les acteurs de première

ligne et favoriser l'inclusion scolaire ainsi que la guidance familiale. Il est notamment proposé la mise en place de plateformes d'orientation et de coordination autisme et TND et d'un forfait « intervention précoce, autisme, TND » pour fluidifier les parcours de soins.

La loi de financement pour la Sécurité sociale en 2019 a permis, sur prescription médicale, la prise en charge par l'Assurance maladie d'un parcours de bilan et d'intervention précoce pour l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neurodéveloppement.

La circulaire n° SG/2018/256 du 22 novembre 2018¹ précise les mesures d'organisation pour la mise en place de plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre de ce parcours. La création de ces plateformes a pour objectif de concourir à l'évolution des structures de deuxième ligne chargées de l'accueil et l'accompagnement des enfants autistes et/ou avec troubles du neurodéveloppement. Dès 2021, ces plateformes seront déployées pour proposer une coordination et une orientation aux enfants jusqu'à 12 ans.

Les professionnels médicaux de premier recours sont impliqués dans le parcours de soin des personnes atteintes de TDAH. Ils peuvent repérer les symptômes et leurs différentes expressions, orienter les personnes et participer ensuite au suivi. Des recommandations ont été publiées par la HAS en 2014 pour cette prise en charge : « 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 » (16).

Après le bilan initial par le médecin de premier recours, le patient est orienté, (via la plateforme d'orientation et de coordination pour les enfants de moins de 7 ans) (17) vers un médecin spécialiste du trouble (ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH : pédopsychiatre, psychiatre, pédiatre, neuropédiatre, neurologue), afin de confirmer le diagnostic et proposer une prise en charge adaptée.

Cette prise en charge nécessite une coordination entre le médecin spécialiste et le médecin de premier recours, une fois le diagnostic posé, afin de garantir le suivi régulier des patients ainsi qu'une coordination multidisciplinaire avec les autres professionnels prenant en charge les comorbidités (psychologue, orthophoniste, psychomotricien...), conformément aux recommandations HAS Troubles du neurodéveloppement Repérage et orientation des enfants à risque (17).

Les patients, ainsi repérés, devraient pouvoir bénéficier, dans des délais acceptables, de l'expertise de structures pluridisciplinaires, formées à la prise en charge de ce trouble (services de psychiatrie pour enfants et adolescents et services de neuropédiatrie). Mais les structures existantes ne peuvent à elles seules répondre aux besoins des patients (délais au diagnostic très long) et des disparités territoriales, sur les procédures de diagnostic et les soins proposés, ont été observées.

Pratiques professionnelles

Les recommandations pour les médecins de premier recours (HAS) constituent un outil pour aider au repérage mais ces médecins (Niveau 1) rencontrent des difficultés pour trouver et identifier les équipes spécialisées (Niveau 2) formées et disponibles vers qui adresser leurs patients.

La méconnaissance du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité entraîne un retard diagnostic, un retard d'accès aux soins et une prise en charge non adaptée consommatrice de ressources (consultations, traitements médicamenteux voire hospitalisation). Le retard diagnostique du TDAH peut conduire à une aggravation des conséquences psychologiques, scolaires et sociales citées précédemment, et à l'installation de troubles associés.

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44137>

Par ailleurs, il existe des inégalités territoriales d'accès aux spécialistes hospitaliers des troubles du comportement de l'enfant et/ou de l'adolescent, ainsi que des retards à la prise en charge qui peuvent en découler, et ce malgré le rôle déjà assuré par le médecin de premier recours. Le délai moyen d'accès au diagnostic en France est de 2 ans environ. (16).

L'accès aux spécialistes, afin d'établir un diagnostic formel de TDAH et d'effectuer sa prise en charge précoce, est un enjeu majeur afin de ne pas conduire à une aggravation des conséquences psychologiques, scolaires et sociales chez l'enfant (15).

Dans le contexte de création des plateformes d'orientation et de coordination autisme et TND 0-6 ans, il est important que les professionnels soient en mesure de repérer, diagnostiquer et prendre en charge les TDAH et ont pour cela besoin de s'appuyer sur des recommandations de bonnes pratiques actualisées et validées scientifiquement. Malgré la publication des recommandations HAS en 2014, les usagers déplorent un manque de connaissance des professionnels de santé sur le TDAH qui ont parfois des représentations erronées sur le trouble (attribution de causes d'origine éducative, méconnaissance de la dimension neurodéveloppementale) et ne proposent pas les prises en charge efficaces.

La formation au TDAH des professionnels de santé est encore insuffisante, ce qui explique en partie le retard important dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge efficace du trouble.

Après le repérage, la filière de soin et les réponses aux besoins des patients doivent être clarifiées, structurées et harmonisées sur le territoire pour permettre une égalité des chances pour chaque patient.

Etats des lieux documentaires

DONNEES	TITRES
TRAVAUX HAS	<p>HAS 2014 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</p> <p>HAS 2020 Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque</p> <p>HAS 2021 SEM Rapport d'évaluation des spécialités à base de méthylphénidate</p>
GUIDELINES INTERNATIONAUX	<p>2019 European Network Adult ADHD Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD</p> <p>2019 American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents</p> <p>2018 NICE Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management</p> <p>2018 CADDRA Canadian ADHD Practice Guidelines</p> <p>2018 AHRQ Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Treatment in Children and Adolescents</p> <p>2018 Société canadienne de pédiatrie Le TDAH chez les enfants et les adolescents,</p> <p>2018 Danish Health Authority National clinical guideline for the assessment and treatment of ADHD in children and young people</p>

	<p>2018 INESSS Trajectoire optimale de services pour les enfants adolescents et jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées</p> <p>2018 INESSS Evaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées</p> <p>2017 Royal College of Psychiatrists in Scotland ADHD in adults: good practice guidelines</p> <p>2017 INESSS Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble TDAH chez les Québécois de 25 ans et moins</p> <p>2016 Danish Health Authority National clinical guideline for the assessment and treatment of ADHD in adults</p> <p>2014 British Association for Psychopharmacology Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder:</p>
LEGISLATION	<p>Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. Journal Officiel 2018 ;23 décembre 2018.</p> <p>Circulaire n° SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neurodéveloppement. Paris : Premier Ministre ; 2018.</p> <p>http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/11/cir_44137.pdf</p>

Données épidémiologiques

Le trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) a une prévalence estimée chez l'enfant à 5% dans le monde (4, 6) et environ 3.5 % en France (5), 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.

Les données issues de suivis prospectifs de ces enfants montrent une persistance symptomatique et/ou fonctionnelle à l'âge adulte dans 30 à 65% des cas (18). Chez l'adulte, la prévalence du TDAH a été estimée à 2,5% au niveau mondial et à 2.9% en France (19).

Le TDAH est fréquemment associé à d'autres troubles, compliquant ainsi à la fois son repérage, son diagnostic et sa prise en charge. La fréquence de ces troubles comorbides est estimée autour de 52 à 66 % dans des études européennes chez l'enfant (20). Ainsi le TDAH est souvent associé à d'autres troubles du neurodéveloppement tels que les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles de l'acquisition de la coordination, les troubles de la communication et les troubles du spectre de l'autisme, la déficience intellectuelle, les troubles du sommeil. Le TDAH s'associe par ailleurs à de fréquents troubles psychiatriques, au premier rang desquels se trouvent le trouble des conduites, la dépression et les troubles anxieux.

1.3. Enjeux

La formation des professionnels

La formation au TDAH des professionnels de santé est insuffisante au cours de leur cursus initial et en formation continue. Pour alimenter cette formation, la HAS a publié des recommandations en 2014, à destination des médecins de premier recours, sur le repérage, la prise en charge initiale et le suivi. En complément des recommandations, figurent aussi dans ce document des informations relatives aux modalités de prise en charge par le spécialiste.

Ce nouveau projet a pour objectif de compléter ces recommandations de 2014 en ciblant la suite du parcours de ces enfants et adolescents jusqu'à l'âge adulte, pour la confirmation du diagnostic et la prise en charge du TDAH par un spécialiste, en s'appuyant sur des recommandations validées scientifiquement.

L'accès aux soins

Une fois le trouble repéré, l'accès au spécialiste et aux équipes pluridisciplinaires formées à ce trouble dans des délais acceptables s'avère très difficile et des disparités territoriales importantes, sur les procédures de diagnostic et les soins proposés, sont aussi observées. Selon une enquête menée par l'association TDAH France en 2018 et portant sur 752 familles, le délai moyen pour porter un diagnostic était de 2 ans environ avec d'importantes disparités.²

La coordination des soins

Actuellement, se mettent en place des plateformes de repérage précoce pour l'autisme et les TND³, destinées aux enfants de 0 à 6 ans, mais les centres d'excellence et les consultations spécialisées dans les services de psychiatrie pour enfants et adolescents et dans les services de neuropédiatrie ne peuvent pas à eux seuls, répondre aux besoins des patients. Les plateformes doivent pouvoir s'appuyer sur des recommandations pour le diagnostic et la prise en charge du TDAH (17).

Il est demandé que des dispositions institutionnelles en matière de santé pour les patients TDAH soient mises en place et que la filière de soin soit définie et structurée. Aujourd'hui sur l'ensemble du territoire National, incluant les départements et territoires ultra-marins, les médecins de premier recours (Niveau 1) ne savent pas à quelles équipes formées et disponibles s'adresser (Niveau 2).

1.4. Cibles

Les médecins spécialistes du trouble, ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH (Pédopsychiatre, Pédiatre, Neuropédiatre, psychiatre ou neurologue...).

1.5. Objectifs

- ➔ Aider le médecin spécialiste du trouble TDAH⁴ face à un enfant ou un adolescent qui lui a été adressé pour TDAH à :
 - Conduire une démarche de diagnostic du TDAH
 - Mettre en place une prise en charge du TDAH adaptée 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
- ➔ Optimiser le parcours de l'enfant et de sa famille après le repérage d'un TDAH

² 34,2% de diagnostic posé au cours de la première année du parcours de soins, et plus de 30% des familles pour qui le diagnostic a été posé après plus de 3 ans, dont 10% après 5 ans

³ Dans le cadre de la Stratégie Nationale Autisme au sein des Troubles du Neurodéveloppement

⁴ Médecin spécialiste du trouble, c'est-à-dire ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH. Ce peut être un médecin psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, neuropédiatre ou neurologue.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Discussion avec les experts de la thématique

Afin de préciser les éléments de cette saisine et de recueillir des arguments justifiant l'intégration de ces recommandations dans le programme de la HAS, une réunion a été organisée avec les représentants des principales parties prenantes concernées.

Les principaux éléments qui ressortent de cette concertation sont :

- Les difficultés de prise en charge observées sur le terrain liées aux disparités territoriales d'accès à une prise en charge spécialisée
- Le manque de formation des spécialistes à la prise en charge du TDAH
- L'augmentation de la demande de prise en charge pour les adultes (augmentation de 50% en 1 an)

Les experts s'accordent pour souligner le besoin de recommandations afin de diffuser la connaissance et participer à la formation des professionnels spécialistes.

Chez l'enfant pour remédier au retard diagnostique et de prise en charge, ces recommandations sont nécessaires afin d'augmenter le nombre de spécialistes du trouble TDAH et participer à la formation des professionnels exerçants au sein des plateformes d'orientation et de coordination TND. Une demande importante de formation et de directives émerge de ces plateformes.

Questions à traiter

Modalités de diagnostic du TDAH

- ➔ Sur quels éléments cliniques et paracliniques (entretien avec l'enfant, entretien avec les parents, examen physique, examen complémentaire) pourra s'appuyer le médecin spécialiste du trouble pour poser le diagnostic du TDAH et des comorbidités ? quels sont les critères diagnostiques, quels sont les diagnostics différentiels ?
- ➔ Quels outils/questionnaires peuvent aider au diagnostic ?
- ➔ Quels bilans spécialisés sont utiles pour poser le diagnostic ? dans quelles situations ?
- ➔ Quelles sont les spécificités en fonction de l'âge du patient, des comorbidités associées ?

Modalités de prise en charge du TDAH

- ➔ Quelles prises en charge non médicamenteuses du TDAH peuvent être proposées ? dans quelles indications et selon quelles modalités ? Quels accompagnements proposés aux parents ?
- ➔ Quel accompagnement scolaire et social peut être mis en place ? selon quelles modalités ?
- ➔ Quelle prise en charge médicamenteuse du TDAH peut être proposée ? dans quelles indications et selon quelles modalités ?
- ➔ Comment mettre en place une prise en charge coordonnée pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle ?
- ➔ Quel suivi proposer ? quels paramètres surveiller ? comment adapter la prise en charge en fonction de l'évolution clinique ?
- ➔ Quelle prise en charge peut être proposée lors du passage à l'âge adulte ?

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1 Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

Que ce soit pour l'enfant ou pour l'adulte, les besoins semblent bien identifiés et sont justifiées pour ces deux populations.

Cependant selon que l'on traite de l'enfant ou de l'adulte, la composition du groupe de travail sera différente, les professionnels concernés pour la population d'enfant sont différents de ceux des adultes. Bien qu'il s'agisse du même troubles les modalités de prise en charge sont différentes entre l'enfance et l'âge adulte. Traiter les deux populations dans le même document conduirait à élaborer un document très long, dont l'appropriation sera plus difficile et le délai de réalisation plus long.

Il semble plus adapté d'élaborer ces recommandations en deux étapes : un premier travail de recommandations concernant l'enfant et l'adolescent et complétant les recommandations déjà publiées en 2014.

Puis secondairement un deuxième travail dédié au TDAH dans la population adulte.

La méthode proposée est la *Méthode RPC Recommandations pour la pratique clinique*. Pour chacune des recommandations, ce travail comprendra 2 à 3 réunions du groupe de travail (GT) pour élaborer les recommandations, une relecture externe par le groupe de lecture (GL), et 1 réunion du GT pour finalisation des documents en tenant compte des commentaires issus du GL.

2.2 Composition qualitative des groupes

➔ Groupe de Travail

- Psychiatre
- Pédopsychiatre
- Pédiatre
- Neuropédiatre
- Neurologue
- Médecin généraliste
- Médecin addictologue
- Médecin spécialiste du sommeil
- Médecin de Santé publique
- Psychologue
- Neuropsychologue
- Psychomotricien
- Orthophoniste
- Pharmacien
- Représentant de patient et des parents

→ Groupe de Lecture

- La composition qualitative du groupe de lecture reprendra celle du groupe de travail et des spécialités consultées (exerçant à l'hôpital, en libéral, voire en PMI), en respectant une représentation de l'ensemble du territoire national, en y ajoutant un médecin et une infirmière de l'Education Nationale.

. Les représentants de patient sont aussi inclus dans le groupe de lecture.

2.3 Productions prévues

A destination des professionnels de santé :

- Argumentaire scientifique
- Recommandations
- Fiches outils à destination des différents professionnels
- Fiche à destination des patients/parents

3 Calendrier prévisionnel de ces productions

- Date de passage en commission : 20/09/2022
- Date de validation du collège : 03/10/2022

Annexe 1. Références bibliographiques

1. Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement. Paris: Premier ministre; 2018. https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf
2. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France. Saint-Denis: ANSM; 2017. <https://ansm.sante.fr/actualites/methylphenidate-donnees-utilisation-et-de-securite-demploi-en-france>
3. Young S, Adamou M, Asherson P, Coghill D, Colley B, Gudjonsson G, et al. Recommendations for the transition of patients with ADHD from child to adult healthcare services: A consensus statement from the UK adult ADHD network. BMC Psychiatry 2016;16:301. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1013-4>
4. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 2007;164(6):942-8. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
5. Lecendreux M, Konofal E, Faraone SV. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. J Atten Disord 2011;15(6):516-24. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054710372491>
6. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. Lancet Psychiatry 2018;5(2):175-86. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
7. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychol Med 2006;36(2):159-65. <http://dx.doi.org/10.1017/s003329170500471x>
8. Erskine HE, Norman RE, Ferrari AJ, Chan GCK, Copeland WE, Whiteford HA, et al. Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016;55(10):841-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.06.016>
9. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline. London: NICE; 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933>
10. Canadian ADHD Resource Alliance. Lignes directrices canadiennes pour le TDAH, édition 4.1. Toronto: CADDRA; 2020. https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-French-4.1_Final_6_1_21.pdf
11. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. Neurosci Biobehav Rev 2021;128:789-818. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
12. Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. Lancet 2015;385(9983):2190-6. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61684-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61684-6)
13. Daley D, van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014;53(8):835-47, 47.e1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.013>
14. Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, Buitelaar J, Daley D, Dittmann RW, et al. Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54(3):164-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.010>
15. Haute Autorité de Santé. Rapport d'évaluation des spécialités à base de méthylphénidate. Commission de la Transparence. Annexe. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/rapport_reevaluation_methylphenidate_avisdef_cteval485.pdf
16. 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. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. 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
17. Haute Autorité de Santé. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque#ancreDocAss
18. Weibel S, Menard O, Ionita A, Boumendjel M, Cabelguen C, Kraemer C, et al. Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. Encephale 2020;46(1):30-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.005>
19. Caci HM, Morin AJ, Tran A. Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample. J Nerv Ment Dis 2014;202(4):324-32. <http://dx.doi.org/10.1097/nmd.000000000000126>
20. Mohr Jensen C, Steinhausen HC. Time trends in incidence rates of diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder across 16 years in a nationwide Danish registry study. J Clin Psychiatry 2015;76(3):e334-41. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.14m09094>

