



**Conseil
Supérieur de la Santé**

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE ET NON MÉDICAMENTEUSE DU TDA/H

**MARS 2021
CSS N° 9547**



.be

DROITS D'AUTEUR

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

Conseil Supérieur de la Santé

Place Victor Horta 40 bte 10
B-1060 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97

E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Tous droits d'auteur réservés.

Veuillez citer cette publication de la façon suivante:

Conseil Supérieur de la Santé. Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse du TDA/H. Bruxelles: CSS; 2021. Avis n° 9547.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargés à partir de la page web: www.css-hgr.be

Cette publication ne peut être vendue



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9547

Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse du TDA/H

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides guidelines for pharmacological and non-pharmacological interventions for ADHD for children, young people and adults.

Version validée par le Collège de
3 mars 2021

RESUME

Dans cet avis, le CSS fait des recommandations concernant les prises en charge pharmacologiques et non pharmacologiques pour le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), chez les enfants et les adultes. Cet avis fait suite à une demande du SPF Santé Publique, et complète et actualise les deux avis précédents du CSS à ce sujet (l'avis 8570 « Sécurité et effets secondaires des stimulants » en 2011 et l'avis 8846 « Good clinical practice en matière de reconnaissance, de diagnostic et de traitement du TDAH » en 2013).

Pour élaborer ces recommandations, le groupe de travail a analysé quatre directives étrangères récentes en matière de diagnostic et/ou de traitement du TDA/H, et a choisi la directive NICE NG87 et les directives sur lesquelles se fonde la directive Zorgstandaard ADHD comme sources d'information.

Le TDA/H est un trouble neurodéveloppemental qui peut se manifester à différents stades de la vie et dont la caractéristique essentielle est un schéma persistant de déficit élevé de l'attention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui entraîne des problèmes de fonctionnement scolaire, professionnel ou social et relationnel.

Pour le diagnostic du TDA/H, l'avis 8846 du CSS reste d'application. Selon cet avis, le diagnostic et la mise en place du traitement font partie des missions d'une équipe d'experts de deuxième ou troisième ligne. Les adultes doivent également être orientés vers un spécialiste des soins de santé mentale ayant une formation dans le diagnostic et le traitement du TDA/H à l'âge adulte, de préférence en collaboration avec un psychologue ou orthopédaque clinicien.

La cooccurrence du TDA/H avec d'autres troubles étant fréquente, il est aussi important pour l'indication de la prise en charge de faire une bonne estimation de la comorbidité.

Pour les interventions, le CSS a d'une part fait des recommandations sur le type d'interventions recommandées, et d'autre part sur le trajet de soins à suivre pour chaque groupe d'âge, de façon à pouvoir déterminer quand ces interventions doivent être mises en place.

Le trajet de soins doit, à tous les âges, commencer par une offre psycho-éducative pour le patient lui-même et son entourage (parents, enseignants...), afin de fournir des informations

sur le développement et l'évolution des symptômes du TDA/H, l'impact des symptômes sur le fonctionnement, le rôle de l'environnement et les options de traitement.

Si la psychoéducation n'est pas suffisante, les trajets diffèrent alors en fonction de l'âge, de la sévérité du TDA/H, de la présence de troubles du comportements ou d'autres comorbidités, de l'effet des mesures prises et, à partir de 13 ans, des préférences du patient.

En-dessous de 6 ans, aucun traitement médicamenteux n'est recommandé, mais à partir de 6 ans, on peut mettre en place, selon les cas, un traitement médicamenteux seul, une intervention non médicamenteuse seule, ou une combinaison des deux. Ces trajets sont détaillés dans l'avis.

Comme interventions médicamenteuses chez les enfants à partir de 6 ans, le CSS recommande en premier choix le méthylphénidate (de préférence avec libération prolongée), ensuite la dex(tro)amphétamine (de préférence à action prolongée), et l'atomoxétine ou la guanfacine si le traitement par stimulants est inefficace.

Chez les adultes, le méthylphénidate ou la lisdexamphétamine ou la dex(tro)amphétamine constituent le premier choix, l'atomoxétine le deuxième choix, et le bupropion le troisième choix. La guanfacine n'est quant à elle actuellement pas recommandée dans le traitement des adultes avec TDA/H.

Quand des interventions non médicamenteuses sont nécessaires, le CSS recommande (outre la psychoéducation), :

- les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (jusqu'à 12 ans) : ces programmes visent à soutenir les parents dans une approche comportementale positive et d'améliorer la relation parents-enfants, en s'axant sur les problèmes fondamentaux de l'enfant et de son environnement.
- La formation des enseignants est également importante dans certains cas, pour renforcer le comportement positif et inverser les comportements non désirés des élèves grâce à des interventions comportementales.
- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), pour certains jeunes de 13 à 18 ans ou en cas de comorbidité avec un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel. Il est alors important d'impliquer l'entourage du patient.
- La TCC ou thérapie comportementale dialectique chez les adultes, en combinaison avec un traitement médicamenteux, pour améliorer à la fois les symptômes du TDA/H et ses conséquences sur le fonctionnement des patients.

Il n'y a pas suffisamment de preuves scientifiques pour recommander d'autres interventions pour la prise en charge du TDA/H chez les enfants, telles que les techniques de relaxation, les thérapies créatives, le neurofeedback et l'entraînement cognitif informatisé. L'entraînement cognitif peut néanmoins être utile en cas de problèmes associés.

Pour les adultes, les techniques de relaxation et les traitements thérapeutiques créatifs peuvent jouer un rôle de soutien dans l'autogestion. La thérapie familiale et les interventions sur le lieu de travail peuvent également constituer des interventions supplémentaires. Les exercices cognitifs ou le neurofeedback ne sont quant à eux pas recommandés en raison du manque de preuves de leur efficacité.

Chez les enfants comme chez les adultes, il n'y a pas de preuve de l'effet de l'activité physique ou de régimes alimentaires spécifiques, mais une alimentation et un mode de vie sains sont évidemment recommandés.

Le CSS souligne par ailleurs que, pour que ces recommandations puissent réellement être mises en pratique en Belgique, des adaptations doivent être faites dans l'organisation des soins de santé mentale et le remboursement des interventions. Ainsi, le CSS recommande que les patients avec un TDA/H bénéficient d'un remboursement par trajet de soins, qui prend en compte les interventions médicamenteuses et non médicamenteuses recommandées dans cet avis, ainsi que la nécessité de bénéficier d'un accompagnement psychosocial global.

Toutes les formes de médicaments devraient être remboursées si le prescripteur suit les directives. Le soutien psychologique ne devrait pas être une condition pour le remboursement des médicaments, car ce soutien n'est pas toujours nécessaire, ou ne le reste pas quand le patient est stabilisé. Le remboursement actuel du méthylphénidate devrait être étendu à toutes les formes de médicaments à libération retardée, le critère d'âge de 6 à 17 ans devrait être abandonné, et le remboursement simultané de deux formes de méthylphénidate devrait être possible.

Le CSS considère également que les interventions non médicamenteuses ne sont actuellement pas suffisamment disponibles et accessibles, et il réitère donc les recommandations déjà formulées dans l'avis 8846, publié en 2013 : il faut davantage de professionnels formés aux programmes d'accompagnement, un meilleur remboursement des psychologues, davantage de programmes d'entraînement aux habiletés parentales, et une meilleure formation des enseignants à ce sujet. Le CSS recommande en outre d'investir dans des équipes plus multidisciplinaires.

Mots clés et MeSH descriptor terms¹

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
<i>Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder</i>	<i>Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder</i>	<i>Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis</i>	Trouble du Déficit de l'Attention /avec Hyperactivité	<i>Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität</i>
<i>Drug therapy</i>	<i>Pharmacologic interventions</i>	<i>medicamenteuze aanpak</i>	Prise en charge médicamenteuse	<i>medikamentöse Behandlung</i>
<i>Psychosocial intervention</i>	<i>Non pharmacologic interventions</i>	<i>Niet-medicamenteuze aanpak</i>	Prise en charge non médicamenteuse	<i>Nicht-medikamentöse Behandlung</i>
<i>Child</i>	<i>Child</i>	<i>Kind</i>	Enfant	<i>Kind</i>
<i>Adolescent</i>	<i>Adolescent</i>	<i>Adolescent</i>	Adolescent	<i>Jugendliche(r)</i>
<i>Adult</i>	<i>Adult</i>	<i>Volwassen</i>	Adulte	<i>Erwachsene(r)</i>

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

Liste des abréviations utilisées

NICE NG87	Directive NICE (National Institute for Health and Care Excellence Guideline) NG87
TC	Trouble des conduites
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TDA/H	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TOP	Trouble oppositionnel avec provocation
SSM	Soins de santé mentale

I INTRODUCTION ET QUESTION

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurodéveloppemental qui peut se manifester à différents stades de la vie, chez les enfants,

¹ Le Conseil tient à préciser que les termes MeSH et mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition aisés du scope de l'avis. Pour de plus amples informations, voir le chapitre « méthodologie ».

les adolescents et les adultes. La caractéristique essentielle de ce syndrome est un schéma persistant de déficit élevé de l'attention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui entraîne des problèmes de fonctionnement scolaire, professionnel ou social et relationnel. Le trouble commence généralement dans l'enfance ou au début de l'adolescence, mais pas toujours. Les symptômes et limitations dues à ces symptômes peuvent en effet apparaître plus tardivement (Kooij et al., 2019).

Le diagnostic repris dans les catégories DSM-5 et CIM-11 représente l'extrême d'un continuum. Les personnes diagnostiquées TDA/H se distinguent de celles qui n'ont pas été diagnostiquées par le nombre de symptômes et de problèmes fonctionnels plutôt que par la nature des caractéristiques diagnostiques.

La prévalence du TDA/H est estimée, sur la base d'études méta-analytiques, à environ 6,5 % des enfants, 2,7 % des jeunes (Polanczyk et al., 2007), et environ 2,5 % de la population adulte (Simon et al., 2009).

Suite aux discussions au sein des groupes de travail de la *Belgian Psychotropics Expert Platform* (BELPEP) et tel qu'inclus dans le Plan d'action Psychotropes 2019 - 2021 du SPF Santé publique, le SPF Santé publique a souhaité un avis sur le traitement médicamenteux et non médicamenteux recommandé du TDA/H chez les enfants et les adultes.

Sur la base de la note de synthèse « Approche médicamenteuse et non médicamenteuse du TDA/H : questions ouvertes concernant la (ré)évaluation de l'indication, l'utilisation hors indication et les conditions de remboursement pour le traitement médicamenteux et non médicamenteux du TDA/H chez les -18 et +18 ans » (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2019), les questions suivantes ont été formulées :

1) En ce qui concerne le traitement des enfants (-18 ans) :

- Dans quelle mesure la dexamphétamine, le dimésylate de lisdexamphétamine, l'atomoxétine et la guanfacine ont-ils une place dans le traitement du TDA/H chez les enfants et les adolescents (-18 ans) ?
- Quelles sont les recommandations concernant le régime actuel de remboursement des médicaments contre le TDA/H pour les enfants et les adolescents (-18 ans).
- Quelles sont les recommandations (fondées sur des preuves) pour une prise en charge non médicamenteuse du TDA/H chez les enfants et les adolescents (-18 ans) ?
- Quelles sont les recommandations en matière de prise en charge non médicamenteuse du TDA/H chez les enfants et les adolescents (-18 ans) ?

2) En ce qui concerne le traitement des adultes (+18 ans) :

- Quelles sont les recommandations (fondées sur des preuves) pour le traitement du TDA/H chez les adultes ?
- Quelles sont les recommandations concernant l'indication et le remboursement des médicaments ? Quels sont les médicaments à recommander ?
- Quelles sont les recommandations (fondées sur des preuves) pour une prise en charge non médicamenteuse du TDA/H chez les adultes ?
- Quelles sont les recommandations en matière de remboursement de la prise en charge non médicamenteuse chez les adultes ?

II METHODOLOGIE

Après analyse de la demande, le Collège et le président du groupe de travail ont identifié les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué, au sein

duquel des expertises en pédopsychiatrie, neuropédiatrie, psychiatrie, psychologie étaient représentées; et qui comprenait également des représentants des associations de patients, des médecins généralistes, et du KCE, de l'AFMPS et de l'INAMI. Les experts de ce groupe ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, publiée à la fois dans des journaux scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière (*peer-reviewed*), ainsi que sur l'opinion des experts.

Pour les besoins de ce rapport consultatif, le groupe de travail du Conseil supérieur de la santé (CSS) a examiné quatre directives étrangères parmi les plus récentes en matière de diagnostic et/ou de traitement du TDA/H.

- La directive NICE (*National Institute for Health and Care Excellence Guideline*) NG87 publiée en mars 2018 et dernière mise à jour en septembre 2019 (ci-après dénommé NICE NG87)
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Les directives Zorgstandaard ADHD et les directives sur lesquelles elles sont basées. Publiées en février 2019 (ci-après appelées la directive Zorgstandaard ADHD).
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/preview>
- Leitlinie « Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter ». Publié en mai 2017.
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html>
- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines, Fourth Edition, Toronto ON
Publié en mai 2018.
<https://www.caddra.ca/download-guidelines/>

En plus d'une discussion plus générale au sein du groupe de travail basée sur l'expertise de ses membres, ces directives ont été évaluées par 3 membres du groupe de travail en utilisant l'instrument AGREE II². Il s'agit d'un outil pour évaluer la qualité de la directive, et pour évaluer la méthodologie et la transparence de l'élaboration des directives.

Sur la base de cette préparation, la directive NICE NG87 et les directives sur lesquelles se fonde la directive Zorgstandaard ADHD ont été sélectionnées par le groupe de travail comme source d'information pour l'avis du CSS. La directive allemande est de qualité suffisante, mais la littérature sur laquelle elle se base est un peu plus ancienne et n'est pas disponible en néerlandais, en français ou en anglais. La directive canadienne, qui est disponible en français et en anglais, a été méthodologiquement jugée de moindre qualité. Pour des sujets spécifiques tels que la comorbidité, des documents supplémentaires ont été consultés.

Les directives NICE NG87 et Zorgstandaard ADHD reposent sur des données *fondées sur les preuves* actuelles relatives à la reconnaissance, au diagnostic, au traitement et aux soins en matière de TDA/H chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. La directive Zorgstandaard ADHD décrit ce que sont de bons soins pour les personnes TDA/H du point de vue du patient. Cette description repose sur les directives néerlandaises existantes et les modules EBRO

² AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II Instrument. <https://www.agreetrust.org>

(développement de directives *basées sur des preuves*). Ces deux directives ont fait l'objet d'une recherche documentaire commune jusqu'au 28 avril 2017 et certaines parties ont été développées par les deux parties ensemble.

Les recommandations de ces directives ont été répertoriées et évaluées par rapport à leur applicabilité dans notre pays. Par exemple, il peut y avoir des différences dans l'organisation des soins, dans la législation ou dans la disponibilité des traitements. En fonction de cette discussion, nous avons consulté l'étape 15 d'ADAPTE³, un instrument qui décrit un processus permettant d'adapter les directives existantes à un autre contexte.

Enfin, le groupe de travail a intégré les recommandations dans ce texte consultatif, en clarifiant les obstacles et les besoins au niveau de leur application en Belgique. En ce qui concerne le remboursement, le CSS ne peut que donner un avis global sur l'opportunité de celui-ci.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail, le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

³ The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.g-i-n.net>.

III ELABORATION ET ARGUMENTATION

1 Séquence de traitement des interventions (trajets de soins)

En plus de faire des recommandations séparées (spécifiques) dans le traitement médicamenteux et non médicamenteux du TDA/H, le CSS considère qu'il est important de proposer le trajet de soins généralement recommandé pour chaque groupe d'âge. En effet, ces trajets de soins permettent de savoir quand des interventions médicamenteuses ou non médicamenteuses sont recommandées.

Les deux directives sur lesquelles se base cet avis présentent quelques différences au niveau de la manière dont elles ont structuré leurs conseils sur le trajet de soins, ce qui fait une différence dans le trajet de soins à suivre, en particulier chez les enfants et les adolescents :

- La directive NICE NG87 fait dépendre le choix d'un éventuel traitement médicamenteux de l'estimation clinique de la **sévérité de l'impact** des symptômes sur le fonctionnement (c'est-à-dire indépendamment du nombre de symptômes de TDA/H présents).
- En revanche, la directive Zorgstandaard ADHD fait référence à la « sévérité réelle » de la classification du DSM5 (APA, 2014) , qui prend en compte, non seulement **l'impact** des symptômes sur le fonctionnement mais aussi le **nombre de symptômes** :
 - **Léger** : les symptômes ne dépassent pas ou peu les critères de classification, et ils n'entraînent que de légères limitations du fonctionnement social ou professionnel.
 - **Modéré** : présence de symptômes ou de limitations fonctionnelles entre « légers » et « sévères ».
 - **Sévère** : les symptômes dépassent largement les critères de classification ou plusieurs symptômes particulièrement sévères sont présents, ou les symptômes entraînent des limitations importantes du fonctionnement social ou professionnel.

1.1 Diagnostic

Concernant le diagnostic du TDA/H, on peut se référer à l'avis 8846 du CSS « Good clinical practice en matière de reconnaissance, de diagnostic et de traitement du TDAH », selon lequel « Le diagnostic, tel que décrit dans le présent rapport, la dispense de conseils et la mise en place du traitement (certainement s'il est médicamenteux) font partie des missions d'une équipe d'experts de deuxième ou troisième ligne ». Le médecin généraliste peut jouer un rôle dans la politique médicamenteuse, mais il ne pose pas le diagnostic initial ni n'établit l'indication de la pharmacothérapie. Pour bénéficier du remboursement des médicaments (pour les moins de 18 ans), le diagnostic doit être confirmé par un (pedo)psychiatre ou neurologue / neuropédiatre.

En cas de suspicion de TDA/H, si le dysfonctionnement est plutôt léger, la première ligne (psychologue ou orthopédagogue clinicien, médecin généraliste...) peut faire de la psychoéducation qui peut se révéler suffisante sans qu'un diagnostic ne soit finalement posé. Une certaine prudence s'impose en effet chez les jeunes enfants ou les enfants ne présentant que des symptômes légers, car l'étiquette TDA/H pourrait inutilement inquiéter ou stigmatiser l'enfant. Des informations sur leurs vulnérabilités et sur la manière dont ils peuvent être aidés peuvent ainsi s'avérer suffisantes chez certains enfants.

Les adultes qui se présentent avec des symptômes de TDA/H et pour lesquels aucun diagnostic de TDA/H n'était connu à l'âge de l'enfance doivent être orientés vers un spécialiste

des soins de santé mentale (SSM) (psychiatre, neurologue) ayant une formation dans le diagnostic et le traitement du TDA/H à l'âge adulte, de préférence en collaboration avec un psychologue / orthopédagogue clinicien.

1.2 Accompagnement psychosocial global

Les deux directives recommandent de regrouper les rendez-vous entourant le traitement dans un plan de traitement dans lequel les objectifs et tous les éléments pertinents des soins sont rassemblés.

La directive Zorgstandaard ADHD souligne que le TDA/H peut avoir des conséquences dans tous les domaines de la vie, et que les enfants et les adolescents avec TDA/H et leurs parents ont souvent besoin d'un soutien dans divers aspects de la vie quotidienne. Bien que l'efficacité des approches de soutien (non spécifiques) n'ait pas été scientifiquement prouvée, la directive Zorgstandaard ADHD indique que les familles dans lesquelles grandit un enfant ou un adolescent TDA/H peuvent grandement bénéficier d'un accompagnement par un professionnel de la santé mentale ayant une connaissance approfondie du TDA/H tout au long de son développement, et avec lequel elles évaluent régulièrement la situation. Il est ainsi possible de voir où un accompagnement est nécessaire sous la forme d'un soutien parental, d'un soutien aux enseignants et autres accompagnateurs, ou d'un soutien pratique dans la vie quotidienne à l'école et en dehors de l'école.

Les parents et l'enfant/l'adolescent ou l'adulte atteint de TDA/H doivent recevoir des informations claires sur les différentes options de traitement afin qu'ils puissent faire un choix éclairé. Le point de départ est le principe de la prise de décision conjointe, dans lequel les avantages et les inconvénients des interventions médicamenteuses et non médicamenteuses sont discutés.

La directive Zorgstandaard ADHD souligne par ailleurs l'avantage de proposer les options de traitement les unes après les autres, car c'est ainsi que l'on peut évaluer au mieux l'effet de chaque forme de traitement.

1.3 Psychoéducation

Une **offre psycho-éducative pour le patient lui-même et son entourage** est recommandée **à tous les âges** pour commencer le processus de traitement, à la fois par la directive britannique NICE NG87 et les directives sur lesquelles se fonde le Zorgstandaard ADHD néerlandais.

Pour plus de détails, voir les « recommandations spécifiques concernant les interventions non médicamenteuses ».

1.4 Prise en charge enfants < 6 ans (dans la directive NICE NG87 : < 5 ans)

Sur base des deux directives, le CSS recommande pour les enfants de moins de 6 ans :

- une **thérapie de médiation** (travail sur l'influence exercée par les parents) ;
- un **programme d'entraînement aux habiletés parentales** si la psycho-éducation et les conseils aux parents n'ont pas un effet suffisant.
Si nécessaire, l'enseignant peut aussi éventuellement être impliqué ou recevoir une formation.

Conformément aux deux directives, le CSS conseille de ne **pas commencer de traitement médicamenteux** chez les enfants de moins de 6 ans, sauf sur les conseils d'un spécialiste de 2^e ligne qualifié et expérimenté. Exceptionnellement, des médicaments peuvent être

utilisés en cas de symptômes très sévères sur lesquels l'effet des traitements non médicamenteux s'avère insuffisant.

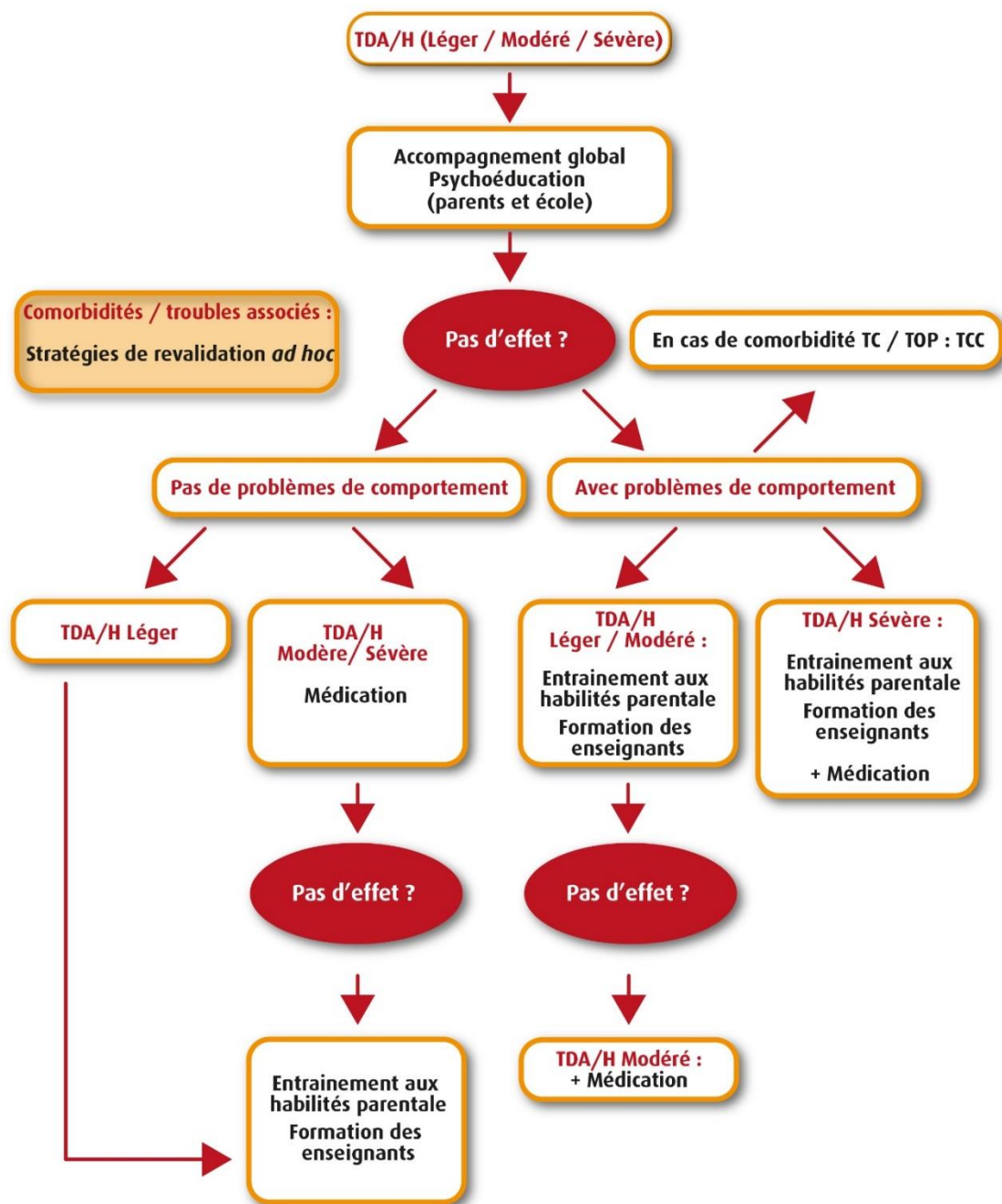
1.5 Prise en charge enfants de 6 à 12 ans

Sur base des deux directives, le CSS recommande, si la psychoéducation et les conseils aux parents n'ont pas suffisamment d'effet :

- S'il n'y a pas de problèmes de comportement en plus du TDA/H :
 - o TDA/H léger : **programme d'entraînement aux habiletés parentales**
 - o TDA/H modéré ou sévère (ou dès que les symptômes ont encore un impact significatif sur le fonctionnement de l'enfant dans au moins un domaine de la vie, selon la directive NICE NG87) : **traitement médicamenteux.**
- S'il existe des problèmes de comportement en plus du TDA/H :
 - o TDA/H léger ou modéré : mettre en place un programme **d'entraînement aux habiletés parentales** (et/ou formation des enseignants) visant à réduire les problèmes de comportement.
La directive Zorgstandaard ADHD conseille, outre le programme d'entraînement aux habiletés parentales, d'aussi proposer une éventuelle **formation** aux **enseignants** lorsque les problèmes surviennent (également) à l'école.
Dans les cas modérés, on peut attendre l'effet de la guidance avant de commencer la médication.
 - o TDA/H sévère : il est préférable d'instaurer parallèlement un traitement médicamenteux.

Une **thérapie cognitivo-comportementale** pour l'enfant lui-même est recommandée en cas de comorbidité avec un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) ou un trouble des conduites (TC) chez les enfants à partir de 8 ans. Il peut s'agir d'un programme individuel ou en groupe. Le recours à des interventions supplémentaires dépend de la présence d'une éventuelle autre comorbidité (voir point 5).

En résumé, le trajet de soins pour les jeunes de 6 à 12 ans se présente de la manière suivante :



1.6 Prise en charge jeunes (13-18 ans)

Il est toujours préférable de commencer par une **psycho-éducation** et des conseils au jeune, aux parents ainsi qu'à l'école, comme pour les autres catégories d'âge.

Sur base des deux directives, le CSS recommande d'envisager un traitement plus intensif en cas d'effet insuffisant de ces mesures :

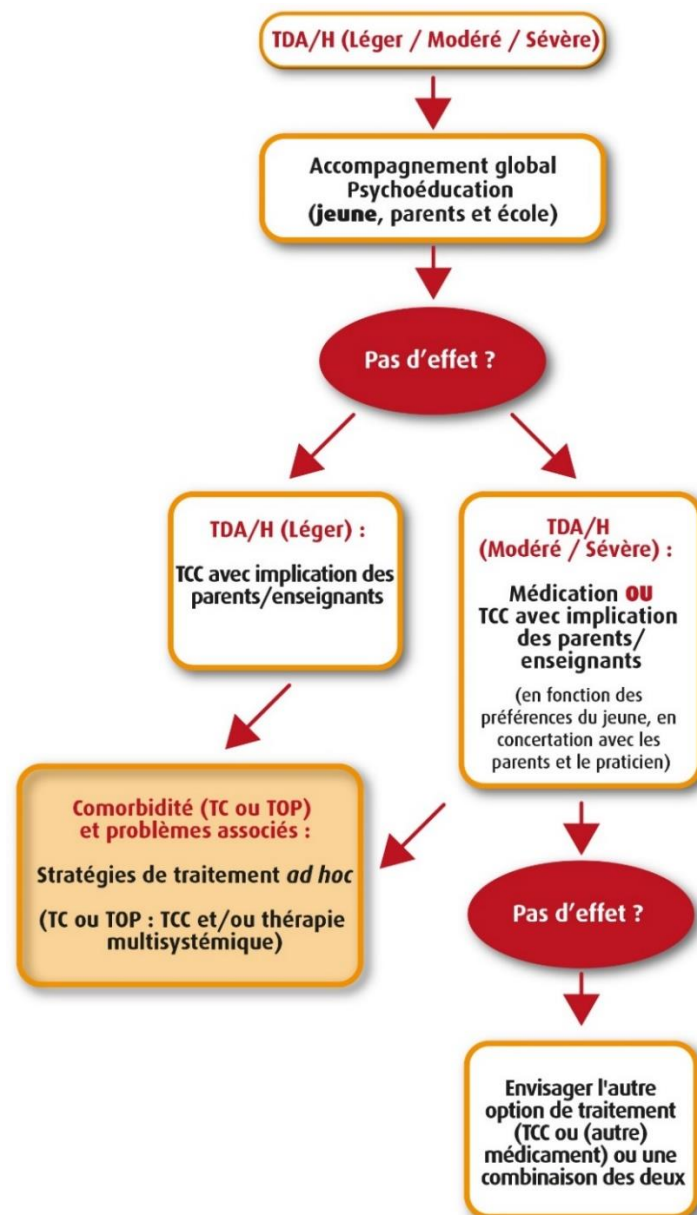
- TDA/H léger : **une thérapie cognitivo-comportementale** pour le jeune, adaptée en fonction d'où les problèmes se situent principalement. Il est recommandé d'impliquer les parents et/ou les enseignants.
- TDA/H modéré ou sévère : un **traitement médicamenteux ou cognitivo-comportemental** (avec implication des parents et enseignants); en fonction des préférences du jeune (en consultation avec les parents et le praticien).

La directive NICE NG87 recommande comme traitement de premier choix un traitement médicamenteux, et la thérapie cognitivo-comportementale uniquement en cas de réponse insuffisante à ce premier traitement.

En cas d'absence de réponse ou de réponse insuffisante, un (autre) traitement médicamenteux ou la combinaison d'un traitement médicamenteux et d'un traitement psychologique de type TCC peut être envisagée.

Le recours à des interventions supplémentaires dépend en premier lieu d'une éventuelle comorbidité avec par exemple le trouble d'opposition avec provocation ou le trouble des conduites, qui doivent être pris en charge de manière adéquate (voir point 5).

En résumé, le trajet de soins pour les jeunes de 13 à 18 ans se présente de la manière suivante :



1.7 Prise en charge adultes (≥ 18 ans)

En ce qui concerne le trajet de soins recommandé pour les adultes avec TDA/H, les deux directives sont proches l'une de l'autre.

Le CSS recommande de discuter des options de traitement médicamenteux et non médicamenteux si les symptômes du TDA/H continuent à poser des problèmes évidents dans au moins un domaine de la vie et cela malgré que des ajustements de l'environnement aient été mis en œuvre et évalués. La préférence du patient détermine le choix des interventions spécifiques dans lesquelles le praticien aide le patient à faire son choix par une information adéquate.

Il est recommandé de commencer par un **traitement médicamenteux** (sans traitement non médicamenteux). Mais un traitement non médicamenteux (sans médicaments) (voir point 3.2 pour les détails) peut également être envisagé chez les adultes avec TDA/H :

- qui font part de leur préférence marquée de ne pas prendre de médicaments,
- s'il s'avère qu'ils ont des difficultés à prendre des médicaments régulièrement,
- en l'absence d'un effet positif des médicaments ou si des effets secondaires gênants se produisent.

La directive NICE NG87 recommande un **traitement combiné** médicamenteux et non médicamenteux s'il y a une réponse partielle aux médicaments et si les symptômes montrent encore des limitations évidentes dans au moins un domaine de la vie.

Bien qu'il n'y ait pour l'instant pas suffisamment de preuves scientifiques pour tirer des conclusions concluantes à cet égard, la directive Zorgstandaard ADHD indique qu'une approche combinée du traitement médicamenteux et non médicamenteux chez les adultes semble souvent être la meilleure façon d'améliorer à la fois les symptômes du TDA/H et ses conséquences sur le fonctionnement des patients.

2 Recommandations spécifiques concernant les interventions médicamenteuses

2.1 Enfants et adolescents (6-18 ans)

*Premier choix : le **méthylphénidate***

Le méthylphénidate est le 1^{er} choix d'intervention médicamenteuse chez les enfants et les adolescents avec TDA/H.

L'utilisation d'un produit à libération prolongée est recommandée par la directive Zorgstandaard ADHD, car il ne doit être pris (souvent) qu'une fois par jour. Cela peut augmenter l'observance thérapeutique et donc l'efficacité du traitement ainsi que réduire le risque d'abus ou de trafic de substances.

La directive NICE NG87 précise que si, après un essai de 6 semaines à une dose adéquate, l'amélioration des symptômes du TDA/H et des problèmes de fonctionnement associés s'avère insuffisante, le méthylphénidate peut alors être remplacé par le traitement de deuxième choix.

La dose adéquate est obtenue en l'augmentant lentement jusqu'à ce que les symptômes soient sous contrôle et que le fonctionnement soit optimisé. Il arrive que les effets secondaires du médicament ne permettent pas d'atteindre cette dose adéquate.

*Deuxième choix : la **lisdexamphétamine** ou la **dex(tro)amphétamine** magistrale*

Les deux recommandations préconisent la dex(tro)amphétamine comme traitement de deuxième choix, de préférence sous une forme à action prolongée, à savoir la lisdexamphétamine. La directive NICE NG87 ne recommande la forme à courte durée d'action de la dex(tro)amphétamine qu'en cas de réponse à la lisdexamphétamine associée à une tolérance insuffisante en cas de durée d'action plus longue par rapport à la dex(tro)amphétamine.

En Belgique cependant, la lisdexamphétamine n'est pas encore sur le marché, de sorte que pour l'instant seule la dex(tro)amphétamine magistrale peut être prescrite. Aux Pays-Bas, la lisdexamphétamine n'a été mise sur le marché qu'après la publication de la directive Zorgstandaard ADHD.

Troisième choix : l'atomoxétine ou la guanfacine

L'atomoxétine ou la guanfacine constituent le troisième choix si le traitement par stimulants est inefficace. NICE NG87 précise qu'il faut passer au troisième choix si un essai de six semaines sur le méthylphénidate puis sur la lisdexamphétamine (ou dex(tro)amphétamine magistrale) à une dose adéquate a donné des résultats insuffisants.

L'atomoxétine ou la guanfacine peuvent être plus appropriées lorsqu'il est nécessaire de suivre un traitement couvrant les symptômes 24 heures sur 24.

Une autre raison de passer à l'atomoxétine ou à la guanfacine est le manque de tolérance aux stimulants (par exemple, le développement de tics).

Autres interventions médicamenteuses

Les autres interventions médicamenteuses, comme la clonidine ou la nortriptyline, ne doivent être envisagées que dans les SSM spécialisés. Cette recommandation s'applique également à l'utilisation de la clonidine chez les enfants TDA/H qui ont des problèmes de sommeil ou de colère ou qui développent des tics, ainsi qu'à l'ajout éventuel d'un antipsychotique atypique aux stimulants chez les enfants ou les adolescents avec TDA/H qui montrent aussi des problèmes comportementaux tels que l'agressivité, la colère ou l'irritabilité.

2.2 Adultes (≥ 18 ans)

Premier choix : le méthylphénidate ou la lisdexamphétamine ou la dex(tro)amphétamine

La (lis)dexamphétamine ou le méthylphénidate sont recommandés par les deux directives comme alternatives équivalentes au traitement médicamenteux de premier choix chez les adultes avec TDA/H.

Les préparations à action prolongée sont préférées parce qu'elles favorisent l'observance thérapeutique et donc l'efficacité, et parce qu'elles comportent moins de risques d'abus (y compris par des tiers).

Cependant, la lisdexamphétamine à action prolongée n'est pas encore sur le marché en Belgique. Le CSS considère donc qu'en pratique le méthylphénidate à longue durée d'action est le premier choix avant la dex(tro)amphétamine magistrale.

La directive NICE NG87 précise que si, après un essai de 6 semaines à une dose adéquate, l'amélioration des symptômes du TDA/H et des problèmes de fonctionnement associés s'avère insuffisante, le méthylphénidate peut être remplacé par la (lis)dexamphétamine ou vice versa.

Nous soulignons qu'une dose adéquate pour les adultes est généralement plus élevée que celle des enfants.

Traitement de deuxième choix : l'atomoxétine

Un traitement par atomoxétine est recommandé par les deux directives en cas d'intolérance ou de réponse insuffisante à un essai adéquat avec le méthylphénidate et la (lis)dex(tro)amphétamine.

Traitement de troisième choix : le bupropion

Le bupropion est possible en troisième choix chez les adultes avec TDA/H d'après la directive Zorgstandaard ADHD. Le bupropion n'est pas enregistré pour le traitement du TDA/H, même chez les enfants. Il est toutefois disponible sur le marché belge sous une forme à prendre une à deux fois par jour pour le traitement du sevrage tabagique (Zyban®) et une forme à prendre une fois par jour pour le traitement de la dépression (Wellbutrin®).

Guanfacine

La guanfacine n'est actuellement pas recommandée dans le traitement des adultes avec TDA/H, contrairement à ce qui est recommandé chez les enfants et les adolescents, en raison de preuves insuffisantes. NICE NG87 souligne qu'elle ne doit pas être prescrite sans l'avis d'un expert tertiaire en matière de TDA/H.

3 Recommandations spécifiques concernant les interventions non médicamenteuses

3.1 Enfants et adolescents

Psycho-éducation

La psycho-éducation constitue un élément essentiel du traitement du TDA/H dans les deux directives, immédiatement après le diagnostic et avant l'établissement du plan de traitement. Il s'agit d'un processus continu tout au long du traitement, auquel on fait souvent recours.

L'objectif de la psycho-éducation est :

- d'améliorer la connaissance et la compréhension des symptômes du TDA/H,
- de réduire la stigmatisation,
- de faciliter l'acceptation des symptômes et du traitement,
- d'améliorer l'observance thérapeutique,
- de souligner l'importance des adaptations de l'environnement pour réduire l'impact des symptômes du TDA/H.

La psycho-éducation fournit des informations sur le développement et l'évolution des symptômes du TDA/H, l'impact des symptômes sur le fonctionnement, le rôle de l'environnement et les options de traitement.

La psycho-éducation peut s'avérer appropriée pour les parents, les enseignants, les enfants et les adolescents, mais aussi pour le réseau plus large (par exemple les grands-parents). Il est important de toujours prendre en compte l'âge (de développement), les possibilités cognitives, la maturité émotionnelle, la sévérité des symptômes mais aussi les compétences. Une combinaison d'informations orales, écrites et de santé en ligne peut accroître l'efficacité.

Pour les adolescents, la directive Zorgstandaard ADHD souligne que la psycho-éducation doit être proposée de manière standard, et qu'il est également important de discuter avec eux

des problèmes et des risques les plus courants comme l'abus de substances ou l'utilisation excessive des écrans ainsi que de la difficulté de gérer l'argent.

Pour les parents et les enseignants, la psycho-éducation peut apporter un soulagement et accroître la compréhension, ce qui permet de mieux adapter l'approche aux compétences et aux difficultés de l'enfant. Cela peut à son tour réduire les problèmes, améliorer l'interaction et les relations et renforcer la confiance en soi de l'enfant. La directive Zorgstandaard ADHD recommande spécifiquement aux parents de tenir suffisamment compte de l'importance des contacts positifs entre parents et enfants, de règles claires et appropriées et d'une structure dans la vie de l'enfant. Dans les écoles, elle recommande d'expliquer la validité du diagnostic et l'effet des symptômes sur le fonctionnement de la classe. Des informations doivent également être données sur le plan du traitement et la place qu'occupent des ajustements raisonnables dans le cadre de ce dernier, ainsi que sur l'importance d'un feed-back de l'école vers les praticiens.

Des conseils peuvent être donnés pour adapter l'environnement (à la maison, à l'école ou au travail), comme changer de place en classe, adapter la lumière et le son, réduire les distractions (par exemple en utilisant des casques anti-bruit), faire des leçons plus courtes et davantage de pauses, etc. Ces adaptations peuvent contribuer à réduire ou à compenser les embarras dus aux symptômes du TDA/H.

Les sites web pertinents, tels que les sites web des associations de parents et de patients, peuvent être recommandés. Pour la Belgique, nous renvoyons au site web du centre ZitStil (www.zitstil.be) ou de l'asbl TDAH Belgique (www.tdah.be), et au site du trajet de soins ADHD (www.trajet-tdah.be).

Programme d'entraînement aux habiletés parentales

Les deux directives soulignent l'importance du programme d'entraînement aux habiletés parentales dans le traitement des enfants avec TDA/H, du moins lorsqu'il y a des problèmes de comportement. Bien que les améliorations mesurées objectivement portent sur les problèmes de comportement et les compétences parentales plutôt que sur les symptômes du TDA/H, les parents semblent évaluer ces guidances de manière positive et voir des améliorations sur la problématique TDA/H, même s'il n'y a pas de problèmes de comportement.

L'objectif d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales est de soutenir les parents dans une approche comportementale positive et d'améliorer la relation parents-enfants, en s'axant sur les problèmes fondamentaux de l'enfant et de son environnement.

Ces programmes sont basés sur ceux développés initialement pour réduire les problèmes comportementaux et appliquent les principes thérapeutiques comportementaux et la théorie de l'apprentissage social.

Il peut s'agir de réduire les problèmes liés au TDA/H ou les problèmes de comportement courants. Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales visent à renforcer les compétences parentales et à améliorer l'interaction entre le parent et l'enfant, influençant ainsi le comportement de l'enfant.

Le programme d'entraînement aux habiletés parentales peut être dispensé individuellement ou en groupe. Un programme de groupe présente des avantages (contacts entre pairs), sauf si les parents en décident autrement ou si les besoins de la famille sont trop complexes pour être pris en compte dans le cadre d'un programme de groupe. La directive NICE NG87 recommande explicitement un programme de groupe pour la tranche d'âge de 3 à 11 ans, à moins que pour certaines raisons les parents ne trouvent difficile de rejoindre un groupe.

Chez les enfants plus âgés et les adolescents, surtout si la relation avec les parents est conflictuelle, il est important d'impliquer les parents en vue d'améliorer la relation.

En cas de problèmes de comportement sévères et complexes, un programme de soutien parent-enfant est recommandé, ainsi que des programmes de groupe destinés à l'enfant à partir de 9 ans.

Formation des enseignants

La directive Zorgstandaard ADHD considère que le but des formations des enseignants, tout comme celui des programmes d'entraînement aux habiletés parentales, est d'apprendre aux enseignants à utiliser des interventions comportementales pour renforcer le comportement positif des élèves et inverser les comportements non désirés. La collaboration entre les parents et les enseignants dans le déploiement de cette formation est importante.

Moins de recherches ont été menées sur l'efficacité de la formation des enseignants chez les enfants atteints de TDAH, mais cette formation peut néanmoins donner à l'enseignant les outils nécessaires pour aborder les problèmes de comportement :

- lorsque ce problème de comportement a un impact à l'école,
- lorsque la psycho-éducation et les conseils sur la manière de gérer le comportement de l'enfant à l'école ne donnent pas de résultats suffisants chez les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans,
- chez les enfants âgés de 6 à 12 ans souffrant de TDA/H léger, modéré et sévère avec des problèmes de comportement qui se manifestent (également) à l'école.

Si une telle formation n'est pas disponible, le soutien de l'enseignant et la concertation entre professionnels avec ce dernier restent importants.

Thérapie cognitivo-comportementale

Les deux directives recommandent une thérapie cognitivo-comportementale chez les adolescents avec TDA/H, en particulier lorsque, malgré les médicaments, l'impact des symptômes sur le fonctionnement persiste dans au moins un domaine de la vie (ou en cas de TDA/H léger dans la directive Zorgstandaard ADHD).

Ce traitement se concentre sur les problèmes que le jeune rencontre dans la vie quotidienne : il peut s'agir de compétences en matière de planification et d'organisation (souvent un problème majeur à l'adolescence), mais aussi du renforcement des compétences sociales et de résolution de problèmes, de la maîtrise de soi, de la gestion du temps, des compétences d'écoute active, de la gestion et de l'expression des sentiments ainsi que de l'accroissement de la motivation. L'accent est mis sur la négociation, la communication efficace, la résolution commune des problèmes et la coordination des règles et des accords.

L'entourage est toujours plus ou moins impliqué, en fonction de la dynamique familiale et scolaire.

Régime alimentaire, compléments alimentaires et activité physique

La directive NICE NG87 souligne l'importance d'une alimentation équilibrée, d'une bonne nutrition et d'une activité physique régulière chez les enfants, les adolescents et les adultes avec TDA/H.

Les preuves scientifiques sont insuffisantes pour établir un effet significatif de l'élimination des colorants et arômes artificiels, de l'ajout des acides gras oméga 3 et/ou 6 (huile de poisson), et du suivi d'un régime dit « de restriction-élimination ».

Cependant, les deux directives recommandent de tenir un journal alimentaire lorsqu'on soupçonne fortement que certains aliments ou boissons pourraient provoquer un comportement hyperactif. Il est alors recommandé de s'adresser à un diététicien et de collaborer avec lui.

En ce qui concerne l'activité physique, selon la directive Zorgstandaard ADHD, il y a encore trop peu de recherches sur les enfants et les adolescents pour inclure le sport comme recommandation spécifique dans les directives, ce qui n'enlève évidemment rien à l'effet général de l'activité physique en termes de promotion de la santé.

Autres interventions

Bien que des **techniques de relaxation** ou les thérapies créatives (art-thérapie, thérapie par la danse et thérapie musicale) soient régulièrement utilisées comme traitement de soutien, il n'existe pas pour l'instant de preuves scientifiques suffisantes en tant que traitement spécifique du TDA/H chez les enfants et les adolescents.

De même, le **neurofeedback** n'est pas recommandé comme traitement des symptômes du TDA/H chez les enfants et les adolescents en raison de l'insuffisance de preuves de ses effets sur les symptômes du TDA/H (résultats hétérogènes et éventuels intérêts contradictoires).

Les deux directives indiquent également qu'il n'y a actuellement pas suffisamment de preuves scientifiques d'effets spécifiques significatifs de **l'entraînement cognitif** informatisé (sur ordinateur, tablette ou smartphone, par exemple) sur les symptômes TDA/H des enfants atteints de ce trouble. L'entraînement cognitif peut néanmoins être utile en cas de problèmes associés (voir point 5).

Une intervention multimodale intensive telle que la **thérapie multisystémique** (traitement intensif de toute la famille) est une possibilité pour les adolescents de 11 à 17 ans et leurs parents, dans le cas d'un TDA/H associé à une comorbidité de trouble des conduites.

3.2 Adultes (≥ 18 ans)

Psycho-éducation

La psycho-éducation est décrite par les directives Zorgstandaard ADHD et NICE NG87 comme constituant un élément important du traitement des adultes avec TDA/H.

Les adultes avec TDA/H devraient être systématiquement informés, entre autres, de l'apparition et de l'évolution des symptômes, de l'impact (éventuel) des symptômes sur le fonctionnement quotidien dans différents domaines de la vie, ainsi que des ajustements qui peuvent être apportés à leur environnement afin de limiter, voire de compenser entièrement, la gêne causée par les symptômes. Bien entendu, les éventuelles formes de traitement médicamenteux et non médicamenteux envisageables sont expliquées. Les adultes peuvent être informés dans le cadre d'un entretien individuel, par le biais d'offres de groupe, sous forme écrite (livres, sites web, ...), etc. Souvent, il est également utile de répéter les informations au cours des différentes phases de la vie ou du traitement et il est donc préférable de considérer la psycho-éducation comme un processus continu.

Il faut également être attentif au deuil à faire qui résulte du fait d'être atteint d'un trouble neurodéveloppemental et à la confusion que le diagnostic peut entraîner par les nouvelles perspectives dans lesquelles il peut placer des expériences passées.

Il peut être utile - évidemment avec le consentement de l'adulte TDA/H - d'informer des tiers sur la validité du diagnostic de TDA/H ainsi que les besoins et les problèmes concomitants

fréquents. Cela inclut les membres de la famille, les autres travailleurs sociaux, le personnel éducatif ou les employeurs concernés, les services de prévention et de protection au travail ou les conseillers d'orientation professionnelle. Il va sans dire qu'il faut toujours évaluer dans quelle mesure l'information du monde extérieur est bénéfique pour l'adulte atteint de TDA/H ou risque de provoquer des réactions stigmatisantes.

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou psychothérapie de soutien structurée

Les deux directives recommandent une intervention psychologique structurée qui se concentre sur les symptômes du TDA/H et comprend des éléments d'un protocole de TCC ou de thérapie comportementale dialectique (TCD), ou un protocole complet.

Ces interventions psychologiques visent à apprendre aux patients à faire face aux symptômes et aux conséquences du TDA/H et à les réduire. En raison des différences individuelles dans les problèmes et les compétences des adultes avec TDA/H, il est nécessaire de partir de l'individu et de son contexte et pas seulement des problèmes standards généralement attribués au TDA/H.

Il existe des programmes de thérapie aussi bien individuels que de groupe.

La directive Zorgstandaard ADHD recommande notamment la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) comme une intervention supplémentaire pour les adultes avec TDA/H motivés chez lesquels les effets des traitements standards n'ont pas été suffisants.

Interventions non spécifiques

De nombreuses interventions non spécifiques au TDA/H sont appliquées dans cette population, mais n'ont pas fait l'objet de recherches suffisantes ou leur effet n'a pas été démontré. La directive NICE NG87 énumère les interventions suivantes :

- le coaching et d'autres approches de soutien,
- les exercices de relaxation,
- les interventions visant à améliorer le sommeil,
- l'exercice physique / la thérapie par le mouvement,
- écothérapie/activités de plein air,
- thérapie de soutien non spécifique.

Bien qu'il n'y ait pas de preuves scientifiques d'efficacité en ce qui concerne le TDA/H, les **techniques de relaxation** et les traitements thérapeutiques créatifs (art-thérapie, thérapie par la danse, thérapie musicale, ...) sont souvent appréciés par les personnes atteintes de TDA/H. Ils peuvent jouer un rôle de soutien dans l'autogestion.

La thérapie familiale et les interventions sur le lieu de travail sont également recommandées comme des interventions supplémentaires visant (la relation avec) les membres de la famille (et le reste du système), et/ou interventions sur le lieu de travail qui favorisent le fonctionnement social et sociétal des adultes avec TDA/H.

L'activité physique n'a pas été spécifiquement et systématiquement étudiée chez l'adulte TDA/H. Les directives Zorgstandaard ADHD et NICE NG87 la recommandent néanmoins en raison de son effet bénéfique général sur la santé.

Il en va de même d'une alimentation saine et équilibrée. Les **régimes alimentaires** spécifiques, les acides gras oméga 3 ou 6 (huile de poisson) ou d'autres compléments alimentaires ne sont pas recommandés en l'absence de preuves suffisantes.

Le soutien des pairs peut également aider certaines personnes.

Les exercices cognitifs (sur ordinateur, tablette ou smartphone) ou le neurofeedback (EEG) ne sont pas recommandés en raison du manque de preuves de leur efficacité.

4 Suivi du traitement médicamenteux

Concernant le suivi du traitement médicamenteux, on peut se référer à l'avis 8570 du CSS (Sécurité et effets secondaires des stimulants, 2011).

Un spécialiste est la personne la plus compétente pour établir l'indication (et les éventuelles contre-indications) d'un traitement médicamenteux et augmenter la dose jusqu'à la dose optimale. Le suivi peut être assuré par le médecin généraliste, avec une bonne interaction entre le spécialiste et le médecin généraliste et en prêtant attention aux aspects suivants : taille et poids, pouls et pression artérielle, tics, symptômes psychiatriques tels que morosité, anxiété, psychose. Une bonne coopération entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste du TDA/H est nécessaire en cas de problèmes pour que le premier puisse se concerter avec lui et éventuellement lui référer le patient. Des analyses de sang de routine (y compris les tests de la fonction hépatique) et des ECG ne sont pas indiqués dans le cadre du traitement médicamenteux du TDA/H et ils ne sont utilisés qu'en cas d'indication clinique.

Des pauses médicamenteuses peuvent être prévues, par exemple en cas de retard de croissance, mais aussi pour évaluer si un médicament est encore nécessaire.

Dans le cas d'un traitement de longue durée, il est conseillé d'évaluer régulièrement l'utilité du traitement médicamenteux, en tenant compte des avantages du traitement (et l'évitement des effets négatifs ou complications), et la prise d'un risque compte tenu de l'incertitude quant aux effets à long terme du médicament.

5 Points d'attention en cas de comorbidité et de problèmes associés

La comorbidité, c'est-à-dire la combinaison du TDA/H avec d'autres problèmes psychiatriques ou somatiques, représente un défi majeur dans la pratique clinique quotidienne. Plusieurs revues systématiques et méta-analyses indiquent une augmentation (jusqu'à 80 %) de la cooccurrence du TDA/H avec d'autres troubles : troubles du développement, troubles du comportement, addiction, troubles de l'anxiété et de l'humeur, troubles alimentaires, troubles du sommeil, épilepsie, asthme... Chez les enfants jusqu'à 66 % (Reale et al., 2017) et chez les adultes pas moins de 80 % (Katzman et al., 2017).

Une bonne estimation de la comorbidité, dans le cadre du processus de diagnostic revêt une grande importance pour l'indication de la prise en charge.

TDA/H et troubles de l'humeur, anxiété, tics et troubles du spectre autistique.

Si les conséquences de ce trouble comorbide sont plus sévères que celles des symptômes du TDA/H, elles doivent être traitées en premier lieu. D'autre part, la présence d'une comorbidité n'est pas une raison pour ne pas traiter le TDA/H selon les directives. Les mêmes interventions médicamenteuses peuvent être proposées, à l'exception des troubles sévères de l'humeur pour lesquels un traitement spécifique doit d'abord être mis en place.

TDA/H et psychose

Si un épisode psychotique ou maniaque aigu survient chez des enfants, des adolescents ou des adultes avec TDA/H, la directive NG87 recommande d'arrêter le traitement médicamenteux du TDA/H et de le reprendre après la rémission, en tenant compte des circonstances individuelles et du rapport coût-bénéfice du traitement du TDA/H. Des réserves subsistent quant à l'établissement d'un lien de cause à effet clair entre les stimulants dans les cas de TDA/H et de psychose. Des études récentes (Krinzinger et al., 2019 ; Holis et al., 2019 ; Moran et al., 2019) mettent en doute que la psychosensibilité est une contre-indication à l'utilisation du méthylphénidate, mais Hechtman (2019) suggère néanmoins un redémarrage

lent, avec une éventuelle protection par des antipsychotiques. L'utilisation de médicaments à base d'amphétamines est associée à un plus grand risque de nouveaux épisodes psychotiques que l'utilisation de méthylphénidate, selon Moran et al. (2019).

TDA/H et toxicomanie

En raison du potentiel de dépendance des stimulants, les médecins sont souvent réticents à prescrire ces médicaments dans le cadre du traitement du TDA/H. Il y a, en effet, un risque d'abus de substances par le patient lui-même ou de distribution du médicament à des fins récréatives ou comme stimulant cognitif chez les étudiants.

Les enfants avec TDA/H courent deux fois plus de risque d'abus de substances que les enfants sans TDA/H (Biederman et al., 1995). Les enfants avec cette comorbidité développent des symptômes plus prononcés tant au niveau de la consommation de substance qu'au niveau du TDA/H, et leur chance de se rétablir est moindre (Wilens, 2004). La détection et le traitement précoces du TDA/H n'augmentent pas le risque d'abus de substances, mais le réduisent plutôt, à condition que le traitement soit poursuivi suffisamment longtemps.

Parmi les adultes ayant des problèmes d'addiction, 15 à 23 % répondent aux critères du TDA/H (contre 1,5 à 4 % dans la population générale ; Van Emmerik et al., 2013). Il est donc recommandé de procéder à un dépistage systématique. Chez les adultes souffrant de TDA/H et d'abus de substances, les médicaments contre le TDA/H ont moins d'effet. Certaines indications montrent que des doses plus élevées sont efficaces à la fois pour les problèmes d'addiction et les symptômes du TDA/H (Levin et al., 2015, Konstenius et al., 2014).

TDA/H et troubles des apprentissages ou troubles des fonctions exécutives

En cas de problèmes associés (troubles des apprentissages, troubles des fonctions exécutives...), une revalidation adéquate peut être proposée.

Notamment, les fonctions cognitives basées sur des tests (attention, mémoire de travail, inhibition, planification...) sont souvent déficitaires dans le TDA/H (Barkley, 1997). Les remédiations cognitive et métacognitive peuvent aider à améliorer ces fonctions. La remédiation cognitive stimule les processus cognitifs déficitaires à l'aide d'exercices spécifiques ou de certains programmes informatiques spécifiques. La remédiation métacognitive, quant à elle, a pour objectif de développer les capacités de l'enfant à prendre conscience de son propre fonctionnement cognitif afin de développer des stratégies compensatoires.

Plusieurs revues récentes de la littérature (Velosoo et al., 2020, Lambez et al., 2020) tendent à montrer que l'entraînement cognitif peut être une intervention efficace pour améliorer les fonctions exécutives des enfants et adolescents atteints de TDA/H. D'autres études (Kerns et al., 1999; Klingbert et al., 2002; R.G. O'Connell et al., 2006; Holmes et al., 2010; Beck et al., 2010) montrent également que la rééducation cognitive peut être proposée lorsque des troubles cognitifs de type exécutif sont présents chez l'enfant ou l'adolescents avec TDA/H et perturbent de façon significative les apprentissages.

6 Remboursement des interventions médicamenteuses

Le site web www.trajet-tdah.be mentionne que :

« Pour les enfants et les adolescents âgés de 6 à 17 ans inclus, le méthylphénidate à courte durée d'action (**Rilatine® uniquement**, pas **Medikinet®**) et le méthylphénidate à libération prolongée (**Equasym XR® uniquement**) sont remboursés sous certaines conditions :

- Le diagnostic a été établi par le psychiatre (enfant et adolescent) ou le neurologue qui établit le certificat.

- Les symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés par des mesures psychologiques, éducatives et sociales appropriées.
- Le traitement médicamenteux s'inscrit dans un plan de traitement global qui comprend d'autres mesures (psychologiques, éducatives et sociales).

Le psychiatre ou le neurologue (pour enfants et adolescents) doit établir une attestation pour demander que ce remboursement soit approuvé. Une première attestation est valable 6 mois et l'attestation de suivi est valable 1 an.

La Rilatine MR® (20 et 30 mg) n'est remboursée qu'après que l'enfant ou l'adolescent ait pris de la **Rilatine®** à courte durée d'action pendant six mois et que des arguments justifient de passer à un médicament à libération prolongée (la « prise dans la journée n'est pas contrôlable et l'enfant doit montrer de sévères limitations fonctionnelles »). En voici des exemples concrets :

- l'enfant oublie ou refuse de prendre ses médicaments à l'école ;
- il y a une baisse du fonctionnement de l'enfant entre les doses du matin et de l'après-midi ;
- l'enfant a plus d'effets secondaires avec un médicament à courte durée d'action qu'avec un médicament à (semi-) longue durée d'action.

Le psychiatre ou le neurologue (pour enfants et adolescents) doit établir une attestation pour demander que ce remboursement soit approuvé. Une première attestation est valable 6 mois et l'attestation de suivi est valable 1 an.

Une seule forme de méthylphénidate est remboursée à la fois. Par exemple, si un enfant prend de l'Equasym XR® le matin, mais qu'une dose supplémentaire de médicament à courte durée d'action est nécessaire à 16 heures, le remboursement ne peut être demandé que pour Equasym XR® (le plus cher des deux médicaments) et les parents doivent payer eux-mêmes le médicament à courte durée d'action. Du Medikinet® peut alors être prescrit comme médicament à courte durée d'action, car sans remboursement, il est moins cher que le Rilatine®.

Rilatine MR® 10 mg, Rilatin MR® 40 mg, Concerta®, Medikinet®, Stratterra® et Intuniv®, ne sont **pas** remboursés par la mutualité. »

Aucun médicament n'est remboursé pour les enfants de moins de six ans.

Chez les adultes, aucun médicament n'est remboursé.

L'utilisation de stimulants est considérée comme hors indication chez les adultes.

Bien que l'atomoxétine ne soit que le deuxième choix après les stimulants méthylphénidate et (lis)dex(tro)amphétamine dans les directives, c'est actuellement le seul produit enregistré en Belgique pour les adultes avec TDA/H. Bien que ce médicament soit enregistré, aucun remboursement n'est prévu pour les enfants ni pour les adultes. L'absence d'intervention de l'INAMI rend ces traitements inabordables pour de nombreux patients (enfants et adultes) (pour un traitement mensuel avec l'atomoxétine, le prix varie d'environ 90 euros à 120 euros (selon la dose). Une dose assez moyenne de méthylphénidate retard (générique de Concerta®) de 72 mg pour un adulte coûte plus de 110 euros et Concerta® 108 mg coûte plus de 164 euros par mois pour un adulte.

IV RECOMMANDATIONS

Le CSS recommande que les patients avec un TDA/H bénéficient d'un remboursement par trajet de soins (par analogie avec certaines autres maladies chroniques), prenant en compte les interventions médicamenteuses et non médicamenteuses (en fonction des directives

mentionnées plus haut), ainsi que la nécessité de bénéficier d'un accompagnement psychosocial global :

- **Interventions médicamenteuses** : selon les directives NICE NG87 et Zorgstandaard ADHD, tous les médicaments mentionnés plus haut ont leur place dans le traitement du TDA/H de 1^{er}, 2^e et 3^e choix. Toutes les formes de médicaments devraient être remboursées si le prescripteur suit les directives. Le CSS recommande donc que :
 - o le remboursement actuel du méthylphénidate soit étendu à toutes les formes de médicaments à libération retardée ;
 - o le critère d'âge de 6 à 17 ans soit abandonné ;
 - o le remboursement simultané de deux formes de méthylphénidate soit possible afin de pouvoir proposer un traitement optimal tout au long de la journée ;
 - o le soutien psychologique ne soit pas une condition pour le remboursement des médicaments, car ce soutien n'est pas toujours nécessaire, ou ne le reste pas quand le patient est stabilisé ;
 - o contrairement au méthylphénidate, la possibilité d'utiliser la dex(tro)amphétamine ou (si elle est disponible à l'avenir) la lisdexamphétamine est limitée par l'article 37bis du Code de la route chez les jeunes et les adultes qui conduisent (apprennent à conduire) un véhicule. Il est préférable d'établir un système plus souple qui différencie l'influence des médicaments sur la capacité de conduite en fonction de la nature du produit, de la dose et de l'individu.
- **Interventions non médicamenteuses** : les interventions non médicamenteuses recommandées dans cette directive (notamment programmes d'entraînement aux habiletés parentales et thérapies cognitivo-comportementales) ne sont actuellement pas suffisamment disponibles et accessibles, car :
 - o l'aide psychologique n'est actuellement pas remboursée (sauf si sa propre mutualité intervient en partie), ce qui réduit l'accessibilité pour de nombreuses familles ;
 - o certaines formes de prise en charge (notamment les formations en groupe) ne sont pas suffisamment disponibles ;
 - o les professionnels ne sont pas suffisamment formés (aux guidances parentales par exemple).

De ce fait, les recommandations de l'avis 8846 du CSS sont toujours d'application :

- o « pour pouvoir réellement mettre en œuvre certaines de ces recommandations il faudrait d'abord adapter le paysage des soins de santé mentale belge, permettre le développement des prises en charges psycho-sociales et en améliorer l'accessibilité. Il n'y a en effet par exemple pas, pour le moment, suffisamment de **professionnels formés aux programmes d'accompagnement**, et l'absence de **remboursement des psychologues** rend le soutien psychologique difficile à assumer financièrement pour les parents »
- o « que des **programmes d'entraînement aux habiletés parentales**, efficaces et accessibles, organisés en groupe soient disponibles pour les parents de jeunes enfants, d'enfants et d'adolescents ».
- o « Les **enseignants** doivent, dans le cadre de l'enseignement et de la formation, acquérir des connaissances et aptitudes afin d'accompagner les enfants présentant des problèmes comportementaux grâce à des méthodes de soutien efficaces et positives et de les aider à acquérir de nouveaux comportements. »

Par ailleurs, des soins de qualité pour les enfants, les adolescents et les adultes avec TDA/H nécessitent aussi une bonne coopération et une bonne transition entre les soins de première

ligne (médecins généralistes, psychologues de première ligne...) et les soins spécialisés (psychiatres, neurologues...). Or, actuellement, les équipes multidisciplinaires sont surchargées, ce qui entraîne de longs délais d'attente et une sévérité et une complexité accrues des problèmes, qui les rendent encore plus difficiles à traiter. Cela signifie que cette recommandation n'est pas réalisable dans de nombreux cas. **Il est recommandé d'investir dans des équipes plus multidisciplinaires.**

V RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE

Comme déjà mentionné dans l'avis 8846, « des études sont nécessaires en Belgique quant à l'efficience, l'efficacité et la satisfaction offertes par les soins aux enfants, adolescents et adultes présentant un TDAH en général et sur les différentes interventions en particulier ».

VI REFERENCES

American Psychiatric Association (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Traduction en néerlandais du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Amsterdam:Boom.

AWMF – Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. Leitlinien-Detailansicht : ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen 2017. Internet: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html>

Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psychol Bull 1997;121(1):65-94.

Beck SJ, Hanson CA, Puffenberger SS, Benninger KL, Benninger WB. A controlled trial of working memory training for children and adolescents with ADHD. J Clin Child Adolesc Psychol 2010;39(6):825-36.

Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. Am J Psychiatry 1995;152(11):1652-8.

CADDRA – Canadian ADHD Resource Alliance. Canadian ADHD Practice Guidelines (4 ed) 2018. Internet: <https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition-Feb2018.pdf>

CSS – Conseil Supérieur de la Santé. Sécurité et effets secondaires des stimulants. Avis n°8570. Bruxelles : CSS 2011.

CSS – Conseil Supérieur de la Santé. Good clinical practice en matière de reconnaissance, de diagnostic et de traitement du TDAH. Avis n°8846. Bruxelles : CSS 2013.

GGZ Standaarden – Zorgstandaard ADHD en de richtlijnen waarop deze is gebaseerd 2019. Internet: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/preview>

Hollis C, Chen Q, Chang Z, Quinn PD, Viktorin A, Lichtenstein P, et al. Methylphenidate and the risk of psychosis in adolescents and young adults: a population-based cohort study. The Lancet Psychiatry 2019;6(8):651-8.

Holmes J, Gathercole SE, Place M, Dunning DL, Hilton KA, Elliott JG. Working memory deficits can be overcome: Impacts of training and medication on working memory in children with ADHD. Appl Cognit Psychol 2010;24(6):827-36.

Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. BMC psychiatry 2017;17(1):302.

Kerns KA, Eso K, Thomson J. Investigation of a direct intervention for improving attention in young children with ADHD. Dev Neuropsychol 1999;16(2):273-95.

Klingberg T, Forssberg H, Westerberg H. Training of working memory in children with ADHD. J Clinl Exp Neuropsychol 2002;24(6):781-91.

Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Guterstam J, Beck O, Philips B, Franck J. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. Addiction 2014;109(3):440-9.

Kooij J, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balazs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur psychiatry* 2019;56(1):14-34.

Krinzinger H, Hall CL, Groom MJ, Ansari MT, Banaschewski T, Buitelaar JK, et al. Neurological and psychiatric adverse effects of long-term methylphenidate treatment in ADHD: A map of the current evidence. *Neurosci Biobehav Rev* 2019;107:945-68.

Lambez B, Harwood-Gross A, Golumbic EZ, Rassovsky Y. Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2020;120:40-55.

Levin FR, Mariani JJ, Specker S, Mooney M, Mahony A, Brooks DJ, et al. Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* 2015;72(6):593-602.

Moran LV, Ongur D, Hsu J, Castro VM, Perlis RH, Schneeweiss S. Psychosis with Methylphenidate or Amphetamine in Patients with ADHD. *N Engl J Med* 2019;380(12):1128-38.

NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management 2019. Internet: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>

O'connell RG, Bellgrove MA, Dockree PM, Robertson IH. Cognitive remediation in ADHD: Effects of periodic non-contingent alerts on sustained attention to response. *Neuropsychol Rehabil* 2006;16(6):653-65.

Polanczyk GV, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHS: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):942-8.

Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet* 2020;395(10222):450-62

Reale L, Bartoli B, Cartabia M, Zanetti M, Costantino MA, Canevini MP, et al. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017;26(12):1443-57.

Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009;194(3):204-11.

van Emmerik-van Oortmerssen K, Crunelle CL, Carpentier PJ. Substance use disorders and ADHD: an overview of recent Dutch research. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2013;55(11):861-6.

Veloso A, Vicente SG, Filipe MG. Effectiveness of Cognitive Training for School-Aged Children and Adolescents With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Front Psychol* 2020;10:2983.

Wilens TE. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatr Clin North Am* 2004;27(2):283-301.

VII COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site Internet du CSS (page : [Qui sommes-nous](#)).

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site Internet du CSS (page : [conflits d'intérêts](#)).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **Steven STES et Frieda MATTHYS** et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD.

BRION Mélanie	Psychologie	CFDFJ
CATALE Corinne	Psychologie	AIGS
CELESTIN-WESTREICH Smadar	Psychologie	VUB
DANCKAERTS Marina	Pédopsychiatrie	KULeuven
HELLEMANS Hans	Pédopsychiatrie	ZNA
LINSMAUX Jean Benoit	Psychiatrie	Saint Luc, Bouge
MALOTEAUX Jean-Marie	Neurologie – pharmacologie	UCL
MATHOT Mikaël	Neuropédiatrie	UCL
MATTHYS Frieda	Psychiatrie	UZ Brussel / VUB
POTELLE Dominique	Psychologie	CHN William Lennox
RAYMOND Laure	Psychologie	Plateforme de concertation en santé mentale des Régions du Centre et de Charleroi
ROEYERS Herbert	Psychologie	UGent
SMETS Karen	Médecine	Domus Medica
STES Steven	Psychiatrie	KULeuven
VAN DER OORD Saskia	Psychologie	KULeuven
VAN LIEFFERINGE Dagmar	Psychologie	KULeuven
VAN WEST Dirk	Pédopsychiatrie	ZNA-UA / VUB
VICTOOR Laurent	Pédopsychiatre	ULB

Les administrations et/ou les Cabinets ministériels suivants ont été entendus :

Eyssen	Maria	KCE
Grypdonck	Lies	INAMI
Hamdani	Jamila	AFMPS
Theisen	Caroline	SPF Santé Publique
Van Tomme	Nele	SPF Santé Publique

Les firmes / associations / etc. suivantes ont été entendues :

VANDENHEUVEL Ria Zitstil

La traduction a été réalisée en externe.

Au sujet du Conseil supérieur de la santé (CSS)

Le Conseil supérieur de la santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil supérieur de la santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 30 membres issus du pool des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.hgr-css.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.belgium.be.

www.css-hgr.be



Cette publication ne peut être vendue.



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT