

Mises au point interactives – Troubles du neurodéveloppement



D. DA FONSECA
Aix-Marseille université
APH, MARSEILLE.

TDAH : mise au point sur les nouvelles recommandations

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental bien documenté depuis plus de 2 siècles. Pourtant, ce trouble reste encore aujourd'hui mal compris, souvent sous-diagnostiqué – notamment chez les filles – et trop souvent perçu comme un problème d'éducation ou un effet de mode.

Les recommandations de la HAS [1], publiées en 2024, rappellent l'importance d'un repérage précoce, d'une évaluation rigoureuse et d'un accompagnement global, coordonné et évolutif.

Prévalence et manifestations cliniques

Le TDAH touche entre **3 à 10 % des enfants** selon les études [2], avec une prévalence estimée autour de 5 % chez les adultes [3, 4]. Le DSM-5 précise que les symptômes doivent être présents depuis l'enfance (avant 12 ans), durer depuis plus de 6 mois, apparaître dans au moins deux environnements (école et maison, par exemple) et entraîner une altération significative du fonctionnement.

Chez les enfants, on observe des fautes d'attention, une agitation motrice constante, des oublis fréquents, une difficulté à attendre son tour ou à terminer une tâche. À l'adolescence, les symptômes évoluent : l'agitation devient souvent interne, la désorganisation prend le dessus, les projets s'accumulent sans être finalisés.

Les erreurs diagnostiques sont fréquentes, d'où la nécessité d'une

évaluation rigoureuse basée sur des entretiens cliniques, des échelles standardisées (Conners, SNAP-IV, ADHD-RS) et parfois des bilans orthophoniques, psychomoteurs ou neuropsychologiques selon les besoins. L'HAS rappelle que tout médecin, dès lors qu'il est formé, peut poser un diagnostic de TDAH et que le bilan neuropsychologique, bien qu'utile, n'est pas indispensable pour poser le diagnostic.

Le TDAH est **rarement isolé**. Il coexiste fréquemment avec d'autres troubles : troubles anxieux (25 à 50 %), troubles de l'humeur (jusqu'à 40 %), troubles oppositionnels ou des conduites (jusqu'à 60 %), troubles spécifiques des apprentissages (50 à 80 %), troubles du sommeil et, plus tard, addictions ou conduites à risque [5, 6]. Distinguer clairement ces tableaux est indispensable pour ne pas passer à côté du trouble principal ou négliger une comorbidité majeure. Le diagnostic différentiel est donc essentiel : par exemple, un enfant anxieux peut sembler distrait car il rumine en permanence, un enfant avec TSA peut rencontrer des difficultés attentionnelles mais, pour des raisons très différentes, un enfant opposant peut apparaître comme impulsif alors qu'il cherche avant tout à défier l'adulte. C'est l'histoire développementale, l'intensité, la persistance des signes et surtout les mécanismes sous-jacents qui permettent de trancher.

Les **fonctions exécutives** permettent en effet de mieux comprendre ces différents symptômes. Ces fonctions "chef d'orchestre" permettent d'inhiber les distractions, de planifier, de gérer le temps et de réguler les émotions. Chez les personnes avec TDAH, ces fonctions sont souvent mises à mal : oubli des consignes, perte

d'objets, impulsivité, difficulté à se projeter dans le temps, variabilité de la concentration, difficulté à rester motivé sans stimulation forte. Ces altérations affectent aussi bien les **apprentissages que la vie sociale ou professionnelle**.

Les **conséquences fonctionnelles** sont multiples : stress familial, conflits, surcharge mentale des parents, isolement social lié à des comportements jugés inadaptés, parcours scolaires chaotiques, orientation professionnelle difficile et plus grande vulnérabilité aux accidents et aux comportements à risque.

Prise en charge et nouvelles recommandations

L'HAS insiste sur le fait que la prise en charge commence toujours par la **psycho-éducation** : comprendre le trouble, déconstruire les idées reçues, reconnaître les besoins spécifiques. Elle aide l'enfant, les parents et parfois les enseignants à sortir de la culpabilité, à adopter un regard plus objectif et plus empathique sur les difficultés vécues. En expliquant les mécanismes neurodéveloppementaux en jeu, la psycho-éducation permet aussi d'identifier les leviers d'action possibles et les ressources sur lesquelles s'appuyer au quotidien.

L'HAS rappelle également l'importance des **programmes d'entraînement aux habiletés parentales** (Barkley, Triple P) qui améliorent la communication, les stratégies éducatives et le climat familial. Ils offrent aux parents des outils concrets pour mieux gérer les situations de crise, poser un cadre sécurisant, valoriser les comportements positifs et éviter les escalades émotionnelles. Ces interventions,

souvent brèves, permettent de restaurer la confiance parentale, d'harmoniser les pratiques éducatives au sein du couple et de retrouver un climat relationnel plus serein. À l'école, des ajustements simples mais essentiels peuvent tout changer : consignes courtes, temps supplémentaire, pauses fréquentes, outils visuels ou numériques et coin calme pour se recentrer.

Du côté des soins individuels, les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) permettent de travailler l'organisation, la régulation émotionnelle et la confiance en soi. D'autres approches sont souvent combinées : remédiation cognitive, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, relaxation, méditation de pleine conscience. **L'hygiène de vie** est également un élément majeur dans la prise en charge. L'exercice physique régulier a montré des effets positifs [7]. Un sommeil de qualité et une alimentation équilibrée sont des ressources non négligeables pour une meilleure qualité de vie.

Le traitement médicamenteux est proposé en seconde intention chez l'enfant,

lorsque les interventions psychosociales ne suffisent pas, ou en première intention chez l'adulte selon les recommandations internationales.

Mais le TDAH n'est pas seulement un trouble. C'est aussi une manière différente d'être au monde avec ses atouts : créativité, spontanéité, humour, empathie, intuition et dynamisme. Ces qualités peuvent devenir de véritables leviers à condition qu'elles soient reconnues et encouragées.

Enfin, reconnaître le TDAH, c'est offrir aux personnes concernées la possibilité de **transformer un trouble en atout**. Cela passe par un regard bienveillant, des accompagnements adaptés et une société plus inclusive face à la neurodiversité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé (HAS), 2024. Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérage, diagnostic et parcours de soins chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. *Recommandations de bonne pratique*.
2. LI JJ, LANSFORD JE, DODGE KA *et al*. The developmental course of ADHD symptoms from childhood to adolescence and young adulthood: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 2022;148:145-176.
3. LECENDREUX M. Troubles de l'attention/hyperactivité chez l'enfant. *EMC – Pédiatrie*, 2011;6:1-10.
4. MAGNIN C, MASSON M, PURPER-OUAKIL D. Prevalence and characteristics of adult ADHD in France: A review. *L'Encéphale*, 2017;43:404-410.
5. REALE L, BARTOLI B, CARTABIA M *et al*. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2017;26:1443-1457.
6. PURPER-OUAKIL D. Comorbidités du TDAH : Données cliniques et implications thérapeutiques, 2025. *À paraître*.
7. ZANG Y. Impact of physical exercise on children with attention deficit hyperactivity disorders: Evidence through a meta-analysis. *Meta-analysis*, 2019; 98:e17980.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.