



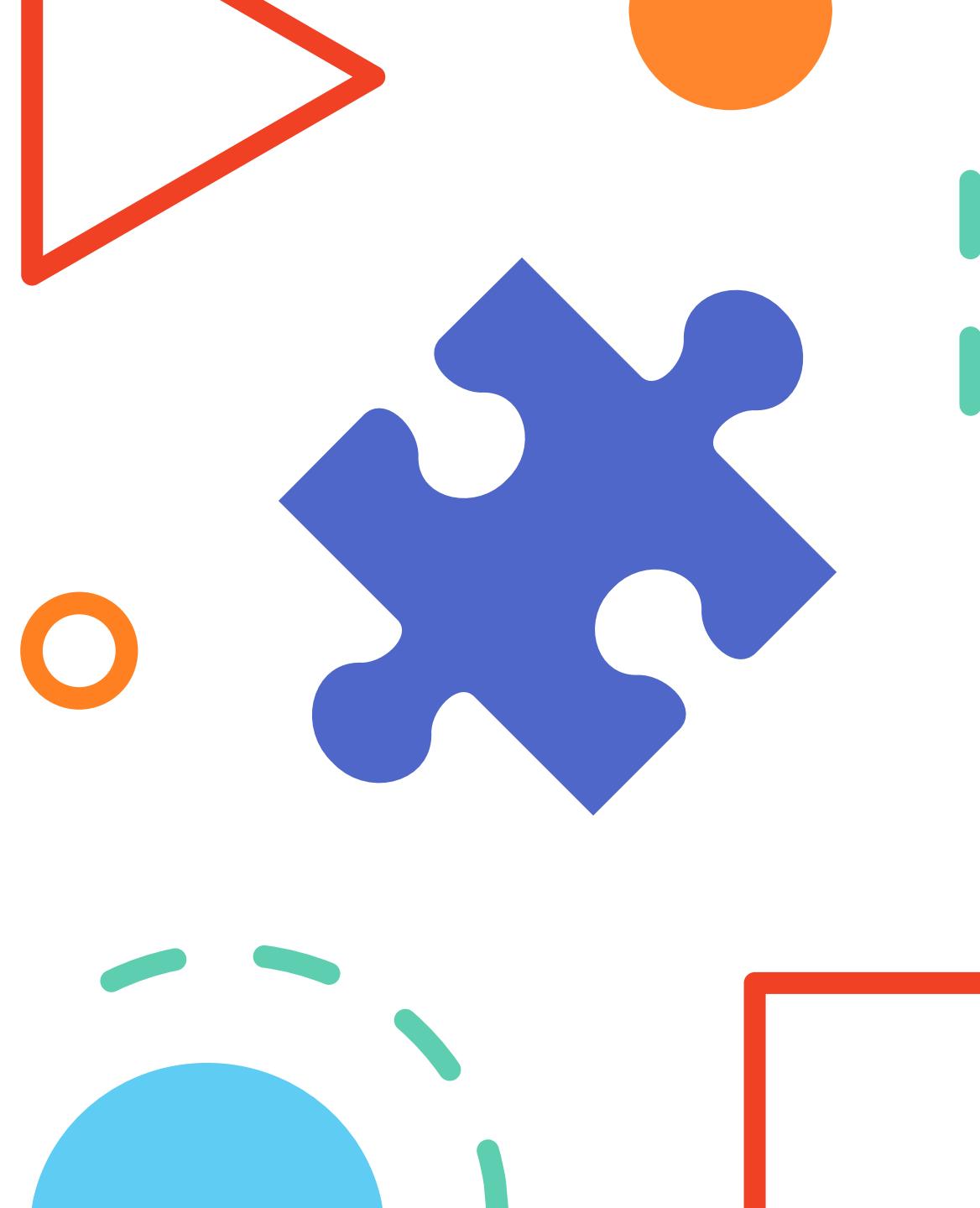
Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles

Trouble du neurodéveloppement / TDAH : diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents (HAS, 2024)

Charlotte SWIATEK, Psychomotricienne DE-TE,
Formatrice ISRP Marseille, Membre du Groupe de travail
HAS RBP TDAH (2024), co-autrice et formatrice « PFE,
Programme Rééducation fonctionnelle psychomotrice des
fonctions exécutives de l'enfant et de l'adolescent »

Programme

1. Méthodologie et niveaux de preuves dans les RBP
2. Cadre et contexte des RBP TDAH-2024
3. Focus sur le diagnostic dans les RBP TDAH – 2024
4. Focus sur l'intervention thérapeutique non médicamenteuse dans la PEC dans les RBP TDAH – 2024
5. Bref point sur la place du traitement médicamenteux



1. Méthodologie et niveaux de preuves dans les RBP

Les RBP sont :

- Propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans les circonstances cliniques données
- Sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifiques

➔ le professionnel sait faire preuve de discernement dans la PEC de son patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée en fonction de son constat et des préférences du patient.





Groupe de travail :

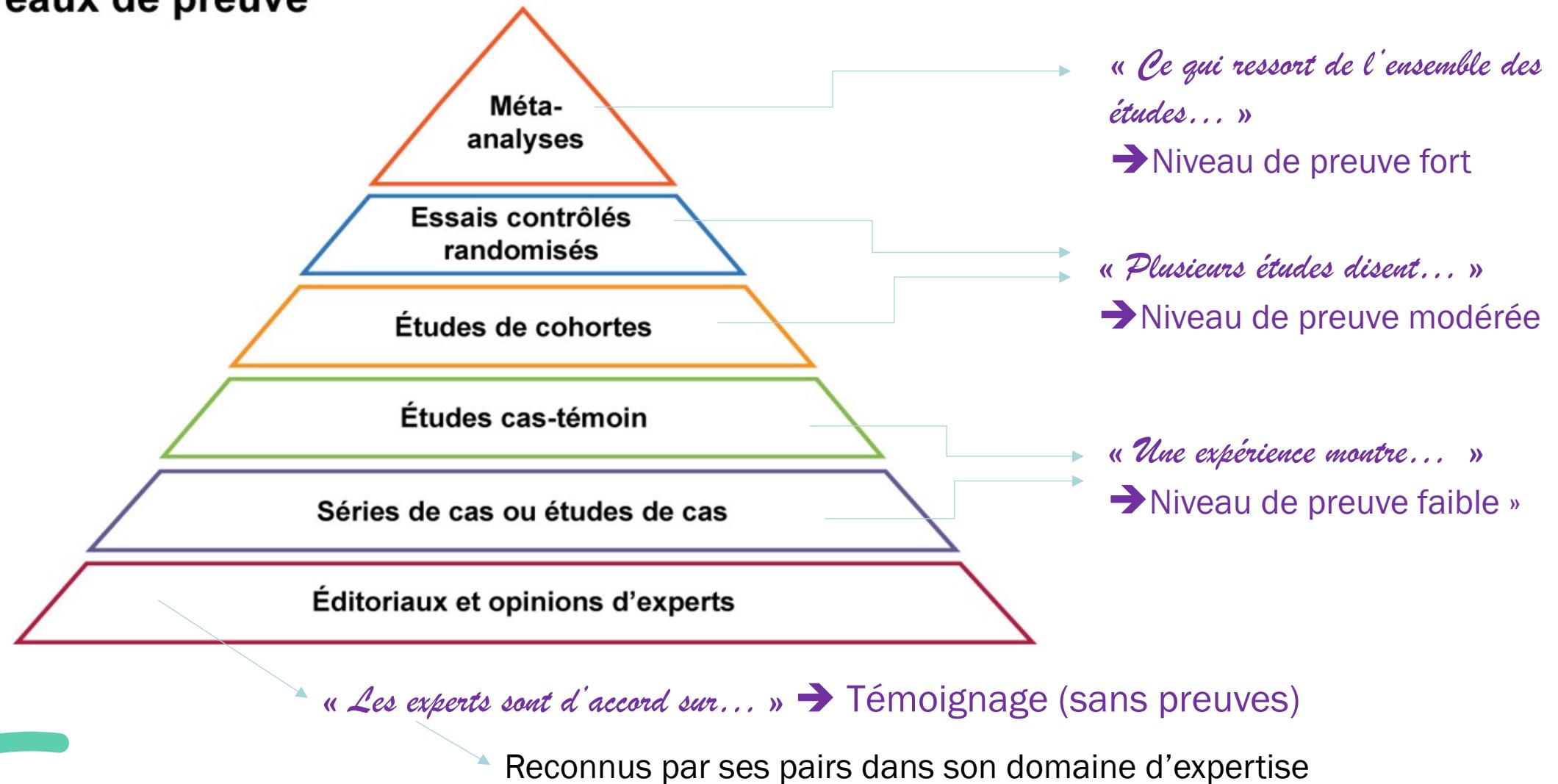
33 experts représentatifs des spécialités concernées par le thème , 5 chargés de projet – environ 10 réunions



Groupe de lecture :

environ 100 relecteurs

Niveaux de preuve



Gradation de la démonstration scientifique au sein des recommandations HAS

Tableau 1. Grade des recommandations

	Preuve scientifique établie
A	Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

2. Cadre et contexte des RBP TDAH-2024

- Pour introduire :

Discipline : champs du savoir, recherche, théorie (ex : psychologie, psychomotricité, neuroscience...)

➔ ne désigne pas les personnes

Profession : métier exercé par une personne appliquant les connaissances d'une ou plusieurs discipline (ex : psychologue, psychomotricien, psychiatre...)

Note de cadrage des RBP 2024 :



Elaboration **DANS LA CONTINUITÉ** des RBP de 2014 « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou adolescent susceptible d'avoir un TDAH.

Rappel objectif RPB 2014 :

Aider au repérage du TDAH

- **Rappel RPB 2014 :**
- PEC : thérapies non médicamenteuses en 1^{ère} intention
 - PEC la plus précoce possible / adaptée aux symptômes de l'enfant/ sévérité/contexte socio-familiale
 - Débute par des mesures non médicamenteuses (psychothérapie, rééducation des troubles associés, guidance parentale)
 - → peuvent être complétées si besoin par un traitement pharmacologique



Evaluation

Rappel RPB 2014 :

- Le psychomotricien à la formation nécessaires pour participer à :
 - l'évaluation des troubles moteurs :
 - Ceux qui constituent les symptômes du TDAH (hyperactivité, impulsivité)
 - Ceux qui font parties des comorbidités (TDC, dysgraphie...)
 - L'évaluation des troubles cognitifs aux TDAH :
 - Fonctions attentionnelles, Fonctions Exécutives, aversion au délai (intolérance à attendre)
- ➔ En mesure de suivre l'évolution des manifestations symptomatiques
- ➔ Dispose d'un ensemble de tests étalonnées (NEPSY 2, M-ABC 2...)



PEC

Rappel RPB 2014 :

- Le psychomotricien joue un rôle central dans la mise en œuvre des PEC rééducatives axées :
 - Sur les fonctions motrices
 - Sur les fonctions cognitives
 - En relaxation
- Ne pas hésitez à demander de remplacer une séance de travail en psychomotricité de l'enfant par une séance avec les 2 parents, afin de permettre (à la) au psychomotricien(ne) de guider les parents dans le quotidien et les règles éducatives

Enjeux des RBP 2024 :

formation des professionnels

l'accès aux soins

la coordination des soins

« il est recommandé que les professionnels de l'enseignement et de l'éducation bénéficient d'une formation spécifique... »

Objectifs des RBP 2024 :



Aider le *médecin spécialisé* du TDAH

Conduire une démarche de diagnostic du TDAH

Mettre en place des interventions adaptées aux besoins du patient (coordinations avec autres professionnels et PCO).

Participer au suivi et adapter la prise en charge en fonction de l'évolution du patient,



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.

3. Focus sur le diagnostic et la place du psychomotricien dans les RBP TDAH - 2024

A. Le diagnostic de TDA/H – Généralités

B. L'évaluation diagnostique – 5 étapes

C. Place des bilans complémentaires

D. Les outils qui pouvant aider au diagnostic

A. Le diagnostic TDA/H – Généralités :

- symptômes évocateurs de TDAH = présents dans le cadre du développement standard de l'enfant.
- Pas de limite d'âge inférieur pour poser le diagnostic, MAIS :
 - Avant 5 ans = ALERTE que si **intensité, persistance et retentissement des symptômes** sont disproportionnés comparés à la classe d'âge de référence
 - ➔ diag possible et mise en place PEC pour limiter le retentissement (+ orientation vers 2^{ème} ligne)
 - ➔ PRUDENCE avant de poser le diagnostic, en raison de la variabilité développementale (régulation de l'attention, contrôle de l'inhibition) des enfants.

B. Evaluation diagnostique – 5 étapes :

- Entretien clinique avec enfant & parents + examen clinique (poids, taille, IMC...)
- Éliminer un diag différentiel
- Signes observés conformes aux critères diagnostiques (classification + retentissement fonctionnel)
- Comorbidités
- Evaluer le retentissement du trouble sur les apprentissages, la vie de famille et sociale

→ recueil d'info (apprentissages, attitudes, comportement) auprès des intervenants de l'enfant : il peut s'agir de psychomotriciens, enseignants, éducateurs... (Cf diapo suivante)

→ Il peut s'agir aussi de cahier/évaluations et cahier de correspondance/bulletins

Diag clinique / pas de d'examen complémentaire ou biomarqueurs en l'état des connaissances actuelles

2.4.4. Les éléments à recueillir lors de l'entretien clinique initial et à faire figurer dans le dossier médical

Tableau 1. Éléments à recueillir lors de l'entretien clinique initial

Anamnèse développementale et historique	<ul style="list-style-type: none">– Historique des symptômes/plaintes : date de début, où, quand et comment les symptômes sont-ils apparus ? Quelles ont été les premières inquiétudes et à quel moment ? Par qui ont-ils été observés ? Comment les symptômes ont-ils évolué depuis ?– Antécédents familiaux (parents, fratrie...) : antécédents médicaux, chirurgicaux, voire obstétricaux et psychiatriques, antécédents familiaux de TDAH et de TND, addiction dans la famille– Antécédents médicaux et psychiatriques de l'enfant, addictions– Antécédents obstétricaux et périnataux : complications au cours de la grossesse et au cours de l'accouchement (prématurité, faible poids de naissance, RCIU), expositions périnatales (alcool, toxiques...)⁶– Anamnèse du développement psychomoteur, cognitif, langagier, et psychologique⁷– Historique des interventions :<ul style="list-style-type: none">• Quelles interventions ont déjà été proposées ? Historique des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses : À quel(le) intensité/rythme/posologie ? Avec quels effets bénéfiques et indésirables ?• Quels aménagements ont été mis en place ? Y a-t-il une reconnaissance MDPH ? Si oui, quelles sont les notifications ?• Quels aménagement/adaptations et stratégie parentale, familiale ou scolaire ont dû être mis en place ?
Examen de l'enfant	<ul style="list-style-type: none">– Examen physique standard : poids, taille, vision, audition, cutané, examen neurologique, stade puberté...<ul style="list-style-type: none">• Examen de l'enfant/adolescent : plaintes, préférence parentale pour une approche thérapeutique donnée, examen psychiatrique approfondi : anxiété, dépression, régulation émotionnelle, troubles externalisés/usage et troubles de l'usage de substances

– **Évaluation du comportement et des aptitudes (de préférence en s'appuyant sur des outils standardisés)**

- Attention, distractibilité, capacité de concentration (à noter que lors d'une relation duelle celle-ci peut être maintenue)
- Impulsivité
- Hyperactivité psychomotrice
- Régulation émotionnelle : crises de colère, gestion de la frustration, respect des consignes, aversion au délai
- Gestion de la planification (organisation des tâches, gestion du temps et des consignes)
- Qualité des relations interpersonnelles et amicales
- Estime de soi : risque de dévalorisation
- Évaluation des habitudes et du rythme de vie (on peut s'aider d'une journée type), sommeil, alimentation, usage des écrans8...

+ **Evaluation des praxies et des habiletés motrices, de l'écriture**

Bilan
psychomoteur

C. La place des bilans complémentaires :

- ➔ Pas pour diag mais pour évaluer l'impact dans les AVQ
- ➔ Examens neuropsychologiques : objectiver les ressources cognitives et leurs atteintes
 - Comprend l'évaluation de l'intelligence (bilan psychométrique), des fonctions cognitives et des FE
 - Teach/ Nepsy 2/ D2R... (psychomotricien)
- ➔ Des bilans paramédicaux ciblés (par exemple un **bilan psychomoteur**) sont recommandés en fonction des points d'appel clinique et des difficultés observées

Le diag et la mise en place d'interventions thérapeutiques peuvent se faire sans attendre la réalisation de ces bilans.

D. Les outils pouvant aider au diagnostic

→ Obj : guider pour le diag et l'évaluation des FE / recherche de comorbidités et diag différentiel

Outils cliniques (échelles et aide à l'entretien)

- Échelles ADHD-RS (recensent critères TDA/H)
- SNAP IV (recensent critères TDA/H + critères TOP)
- Echelles de Conners (critères TDA/H)

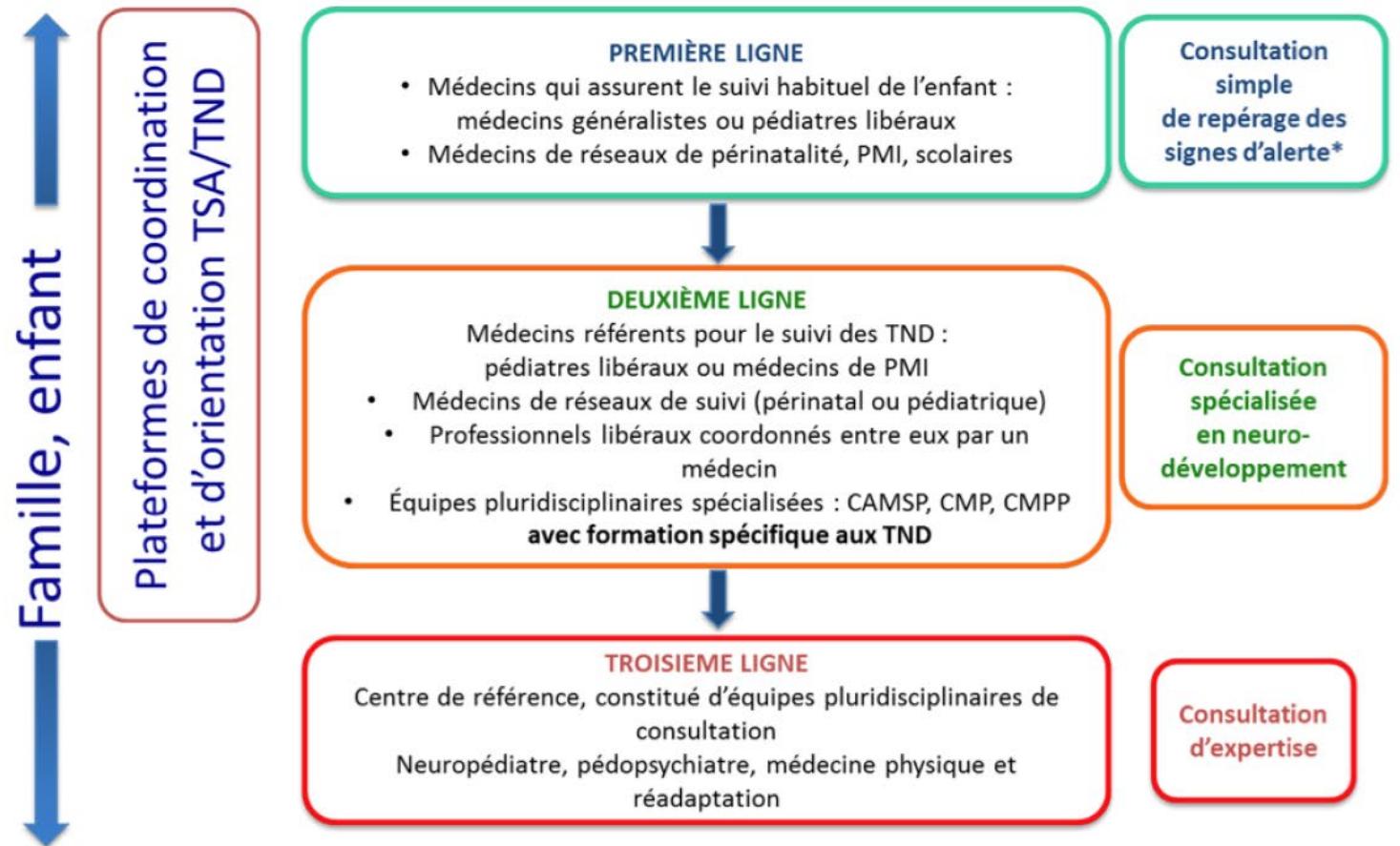
Entretiens diagnostiques :

- KIDDIE-SADS (entretien psychiatrique semi-structuré)
- DIVA enfant (entretien semi-structuré TDA/H)

Questionnaires sur l'impact du trouble sur les FE

- Échelles de BROWN (évalue l'intensité du retentissement sur les FE)
- La BRIEF (évalue la fréquence des difficultés exécutives)

Organigramme des lignes de suivi



4. Focus sur l'intervention thérapeutiques non médicamenteuse/des psychomotriciens dans les RBP TDAH - 2024

A. Interventions centrées sur l'environnement familial et scolaire

- Psycho-éducation
- PEHP
- ETP

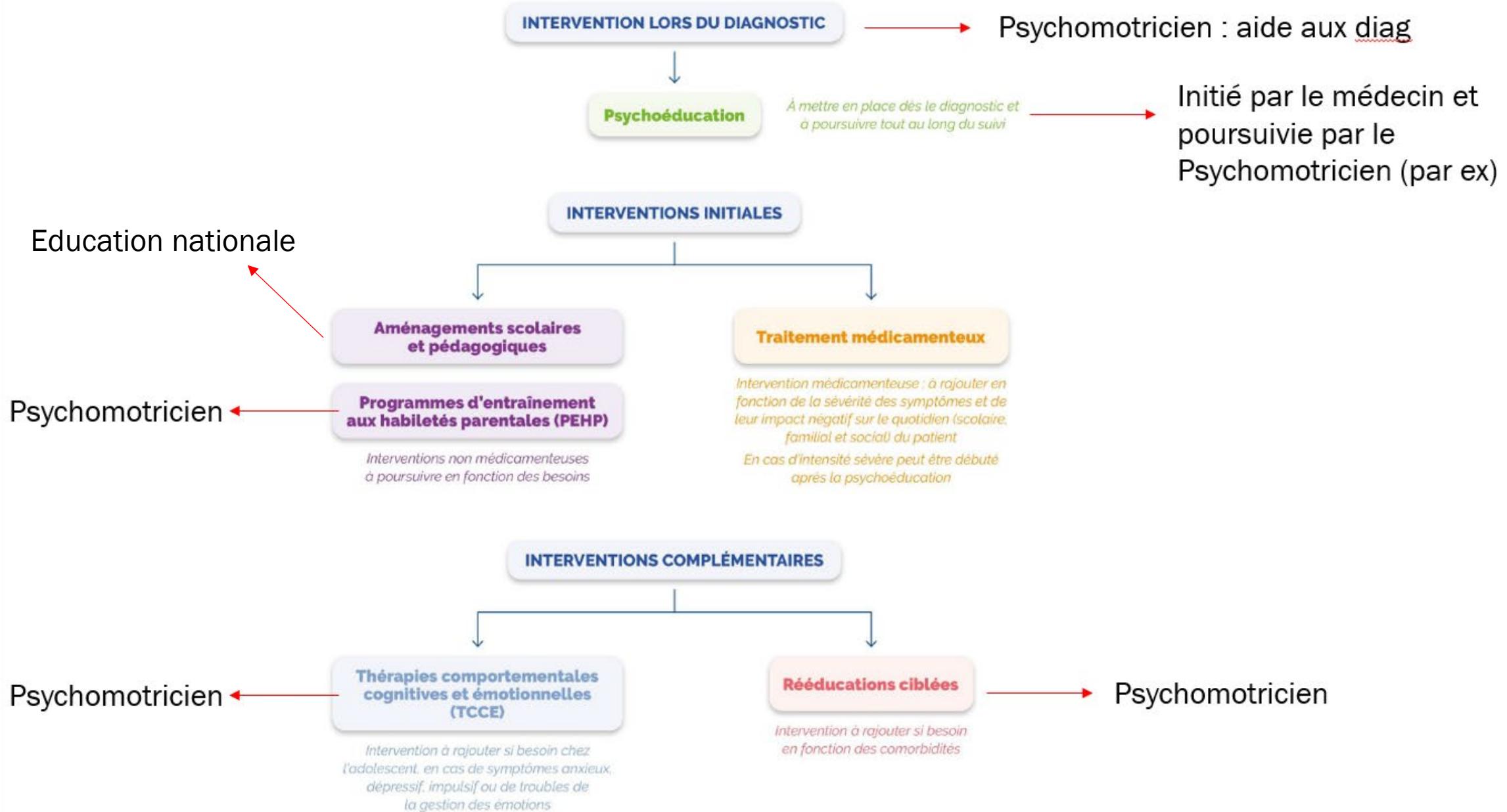
B. Interventions psycho-sociales

- TCCE
- Autres interventions

Il est recommandé de proposer systématiquement des interventions non médicamenteuses (Grade C)

➔ A co-construire avec enfant & famille

Arbre décisionnel interventions thérapeutiques



A. Interventions centrées sur l'environnement familial et scolaire

Il est recommandé de proposer de façon systématique une intervention en **Psychoéducation** pour enfant et parents dès que le diag est posé (GradeB)

- initier par le médecin
- renouvelées par le médecin ou autre pro formé au TDA/H et aux interventions thérapeutiques
(Psychomotricien)

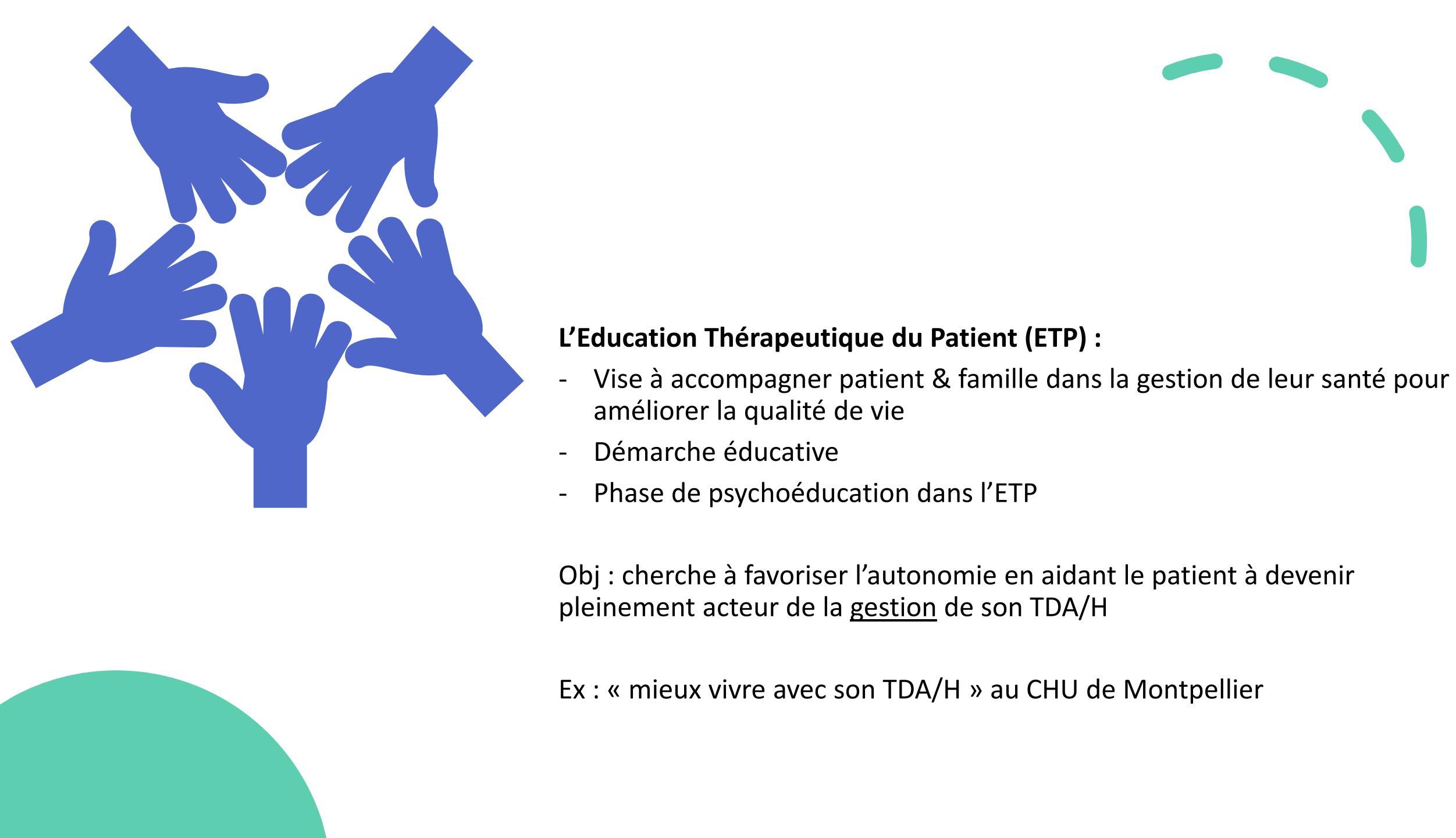
→ Obj : consiste à délivrer des informations sur le TDAH, ses impacts et comment fonctionner avec ce trouble

Dès que le diag est posé, il est recommandé de proposer en 1^{ère} intention le suivi d'un **Programme d'Entrainement aux Habilétés Parentales (PEHP)** (GradeC)

- +++ si enfant/ado présente des troubles du cpt (TOP)
- par pro formé au TDA/H et à l'animation **(Psychomotricien)**

→ Obj : destinés aux parents afin de les aider à adapter leurs stratégies éducatives au quotidien

Ex : Programme de Barkley

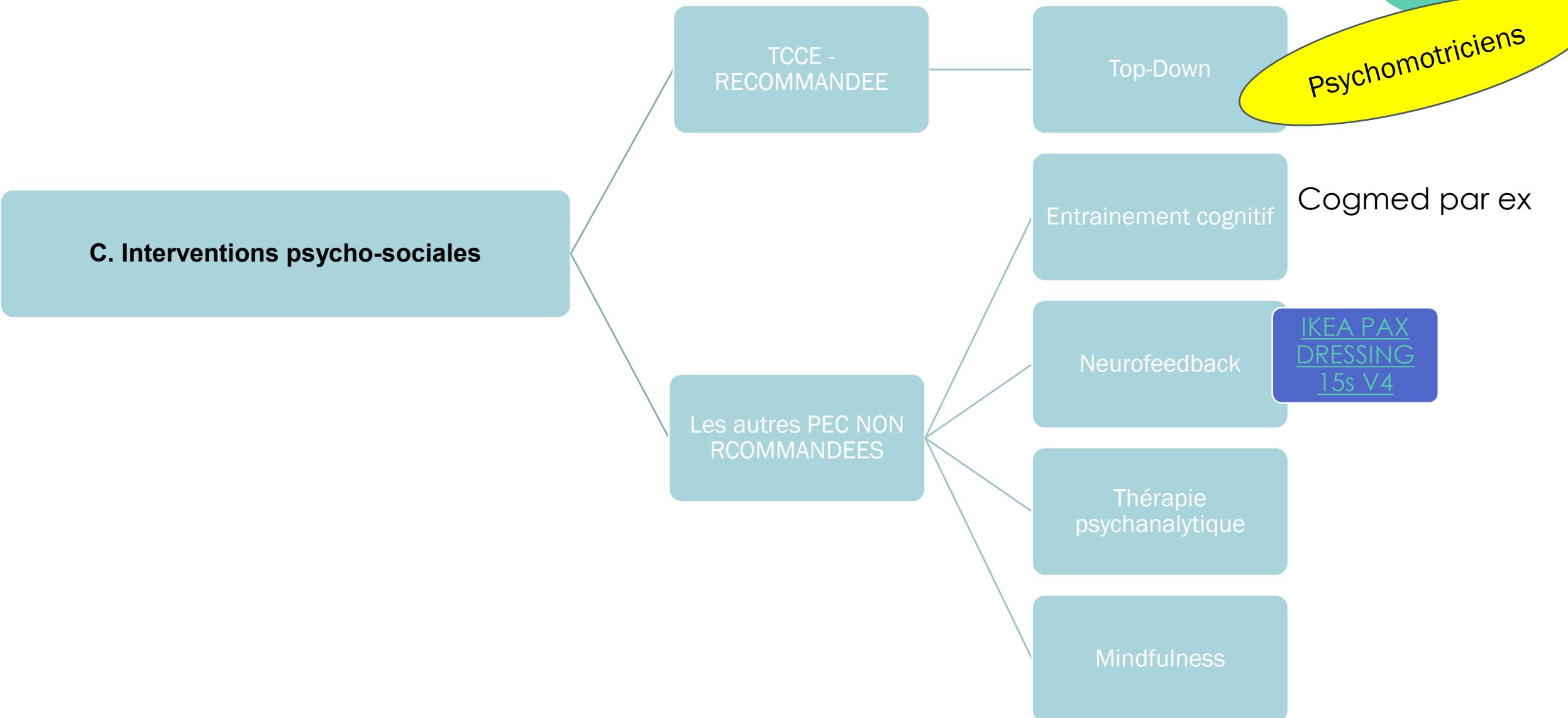


L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) :

- Vise à accompagner patient & famille dans la gestion de leur santé pour améliorer la qualité de vie
- Démarche éducative
- Phase de psychoéducation dans l'ETP

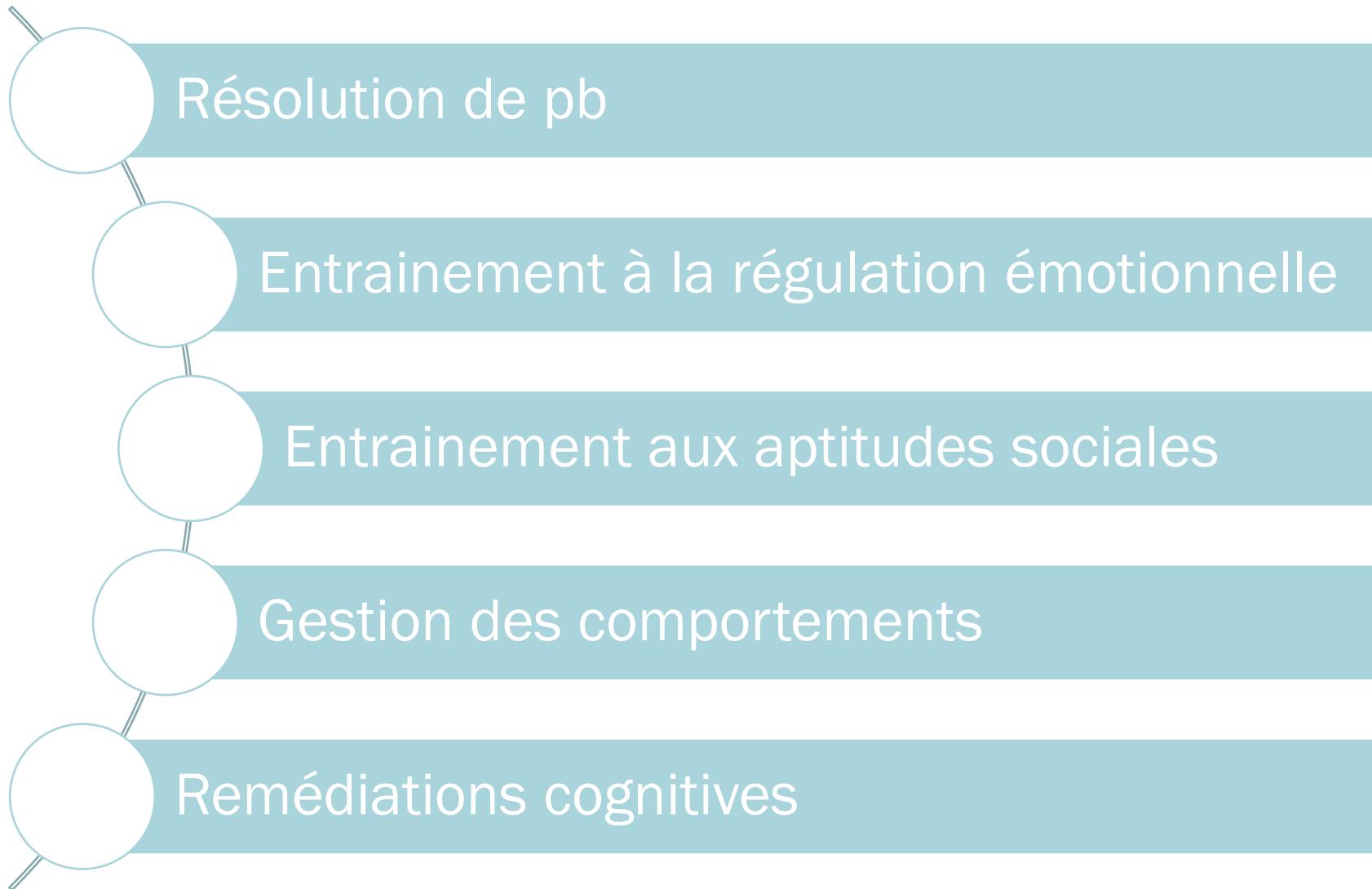
Obj : cherche à favoriser l'autonomie en aidant le patient à devenir pleinement acteur de la gestion de son TDA/H

Ex : « mieux vivre avec son TDA/H » au CHU de Montpellier



TCCE : recommandées en cas d'impact fonctionnel des symptômes anxieux, dépressifs ou de difficultés dans la gestion des émotions (Grade C) / recommandées en associations avec d'autres interventions

Obj TCCE : agir sur le retentissement fonctionnel du trouble



« En France, certains programmes structurés sont proposés par des neuropsychologues, ergothérapeutes et psychomotriciens. Bien que répandues et prometteuses, ces interventions n'ont pas fait l'objet d'études suffisamment robustes sur le plan méthodologique » extrait argumentaire RBP2024, p 123

Quelques exemples de TTCCE dans la littérature pour les psychomotriciens...

CO-OP pour TDA/H

R-PFE

Programme d'entraînement aux habiletés sociales

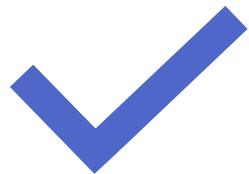


Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales
Enfants et adolescents avec troubles relationnels

Autisme
TDA/H
Troubles anxieux
Haut potentiel

DUNOD

5. Bref point sur la place du traitement médicamenteux

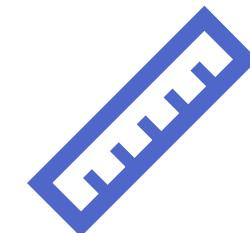


Systématiquement associé à une PEC non médicamenteuse



Avant 6 ans :

possible si TDA/H sévère et après échec PEC non médicamenteuse
Avis pluridisciplinaire nécessaire ou prescrit par équipe niveau 2



Après 6 ans :

que si les mesures non médicamenteuses seules s'avèrent insuffisantes



Merci de votre attention

