

# LES TROUBLES HYPERACTIFS AVEC DÉFICIT D'ATTENTION CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Rapport sur une étude réalisée à Morges  
et une enquête auprès du corps médical vaudois

Etude financée par l'Office Fédéral de la Santé Publique

Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  
Lausanne, 2005

Auteurs : Michel Bader, Blaise Pierrehumbert, Laurent Junier, Olivier Halfon

Contrats : Contrats OFSP N° 01-000098 et N° 03.000425

Remerciements : Anna Kinal, Sara Thévoz, les parents et les élèves qui ont participé à cette étude, le corps enseignant et les autorités scolaires des établissements scolaires de Morges, le Département de la formation et de la jeunesse et les autorités politiques de Morges.

## Les troubles hyperactifs avec déficit d'attention (THADA)

**Les troubles hyperactifs avec déficit d'attention concernent 4% à 10% des enfants et des adolescents d'âge scolaire.**

**Ces troubles se manifestent sous la forme de trois groupes de symptômes associés : l'hyperactivité, le déficit d'attention et l'impulsivité.**

L'hyperactivité se traduit par des difficultés à rester tranquille. Par exemple, l'enfant remue souvent les mains ou les pieds, parle trop, quitte souvent sa place, agit fréquemment comme s'il était «monté sur des ressorts».

Le déficit d'attention reflète des difficultés de concentration. Par exemple, l'enfant n'arrive pas à se concentrer longtemps, il est facilement distrait, semble souvent ne pas écouter quand on lui parle, évite de s'engager dans une activité demandant une attention soutenue, perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités.

L'impulsivité se manifeste par une tendance à l'irritabilité et par des difficultés à contrôler les émotions, les frustrations et le stress. Par exemple, l'enfant a du mal à attendre son tour, interrompt souvent les autres ou impose sa présence, répond à une question qui n'est pas encore entièrement posée.

Selon l'intensité de ces symptômes, on distingue trois sous-types de THADA :

- un type mixte combinant déficit de l'attention et hyperactivité-impulsivité;

- un type où le déficit d'attention est prédominant;
- un type où l'hyperactivité-impulsivité est prédominante.

Pour poser le diagnostic, ces symptômes doivent avoir commencé avant l'âge de 7 ans, durer depuis plus de 6 mois, s'observer dans au moins deux situations différentes (par exemple, à l'école et à la maison) et entraîner une gêne significative sur le plan social, scolaire et dans les loisirs de l'enfant.

Le diagnostic d'un THADA se fait dans le cadre d'une démarche médicale comprenant une évaluation clinique, le recueil d'informations auprès de la famille et, le cas échéant, auprès d'autres intervenants. L'évaluation implique parfois des investigations de la part de spécialistes (pédiatres, neuropédiatres, pédopsychiatres, psychologues, logopédistes, psychomotriciens, ergothérapeutes).

Il est important de tenir aussi compte des symptômes associés tels qu'anxiété, dépression, problèmes comportementaux, qui sont également fréquents chez les enfants et les adolescents présentant un THADA.

### Exemple d'hyperactivité

Paul est un garçon de 7 ans qui a beaucoup de difficultés à rester tranquille sur sa chaise lors des repas ou à l'école. Il donne l'impression d'être toujours en mouvement. Il a également de la peine à se concentrer à l'école et durant ses devoirs d'école à la maison. Il a aussi de la peine à s'intégrer dans les activités de groupe en ayant tendance à déranger ses camarades. Ses performances scolaires sont en chute libre et l'ambiance familiale devient de plus en plus tendue. Les parents de Paul ont entrepris plusieurs tentatives pour l'aider, mais sans succès. Les problèmes de Paul s'aggravent, ses parents sont épuisés et ne voient plus de solutions. De son côté, la maîtresse s'inquiète également et propose aux parents une rencontre pour discuter des difficultés de Paul.

### Exemple de déficit d'attention

Caroline est une fillette de 9 ans de caractère agréable et tranquille. Elle est appréciée par ses camarades et elle participe volontiers à des activités de loisirs. Malgré sa bonne intelligence, Caroline est de plus en plus confrontée à des difficultés à l'école. Elle a tendance à oublier son matériel pour faire ses devoirs à la maison et les consignes de ses travaux écrits. Elle donne l'impression d'être rêveuse et de ne pas faire assez d'efforts à l'école. Caroline est devenue ces derniers mois plus soucieuse et plus triste. Ses parents et sa maîtresse n'arrivent pas à trouver des explications quant aux problèmes scolaires de Caroline, ni à l'aider de manière satisfaisante. Les parents consultent alors un pédopsychiatre en accord avec le pédiatre.

### Exemple d'impulsivité

Mathias est un garçon de 13 ans intelligent et vif, plein d'énergie et ayant de la peine à rester tranquille. Malgré les efforts de son entourage, il est en échec scolaire et il se démotive de plus en plus pour les études. Il a de la peine à rester concentré sur ses devoirs, à organiser ses activités et à être efficace dans ses activités intellectuelles. Mathias accepte difficilement les limites et les frustrations. Il a tendance à réagir de manière impulsive et il se met facilement en colère. Il a peu de camarades et il a tendance à être exclu des activités de groupe. Il devient de plus en plus irritable. Ses parents et ses enseignants sont découragés et n'arrivent pas à trouver des solutions pour l'aider. Sur les conseils du pédiatre et des enseignants, les parents décident de consulter un pédopsychiatre.

## L'hyperactivité et ses troubles : une réalité?

### Les objectifs de l'étude

Cette brochure présente les résultats de l'étude pilote réalisée en 2001 dans le canton de Vaud sur les troubles hyperactifs avec déficit d'attention (THADA).

Cette étude concernait plus particulièrement les enfants scolarisés dans les établissements primaires et secondaires de la Ville de Morges. Elle inclut une enquête auprès du corps médical vaudois.

L'importance, voire la réalité, de l'hyperactivité et du déficit d'attention ne fait pas l'unanimité. Ces deux études visaient donc trois objectifs afin de faire le point sur la question :

1. Recueillir des données (dites «épidémiologiques») auprès d'une large population afin d'avoir des indications sur les besoins de santé publique relatifs à l'hyperactivité ainsi qu'aux problèmes émotionnels et comportementaux des enfants en milieu scolaire.
2. Evaluer le degré de convergence des informations provenant des parents, des enseignants et des enfants eux-mêmes, en tout cas pour les enfants âgés de plus de 10 ans.

Le croisement des regards des parents, des enseignants et des enfants présente un intérêt scientifique en soi. Mais ces comparaisons sont d'autant plus nécessaires que l'hyperactivité avec trouble de l'attention doit être présente dans au moins deux contextes

de vie de l'enfant pour que l'on puisse réellement parler de THADA.

Les parents ont l'avantage de connaître profondément leur enfant et d'avoir avec lui des relations privilégiées, mais leur implication émotionnelle peut les rendre moins objectifs sur certains points. De leur côté, les enseignants observent l'enfant dans un contexte différent de la maison, qui peut mettre en évidence d'autres aspects de sa personnalité. Enfin, les enfants apportent un éclairage sur leur propre perception d'eux-mêmes.

3. L'enquête auprès des médecins visait à recueillir des informations sur les pratiques du corps médical concerné (généralistes, pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres) en matière de diagnostic et de prise en charge de l'hyperactivité et de ses troubles (formes de traitements, types de médicaments, filières de soins et de formation).

## Comment savoir?

### La méthode d'enquête

L'enquête a porté sur les 2264 enfants de 4 à 17 ans scolarisés dans les établissements primaires et secondaires de la Ville de Morges, dans le canton de Vaud. Leurs parents et leurs enseignants ont reçu un questionnaire, ainsi que les enfants eux-mêmes s'ils étaient âgés de plus de 10 ans.

Constituant un échantillon représentatif des différentes couches sociales, du mélange de contextes urbain et suburbain ainsi que des populations suisse et étrangère, la population de Morges était particulièrement indiquée pour la réalisation de cette étude épidémiologique.

Les questionnaires utilisés et les indices ou échelles qui en découlent sont ceux de Conners (Conners Rating Scales) et d'Achenbach (Child Behavior Check List), tous deux largement reconnus sur le plan international. Afin d'éviter de

trop surcharger les participants, l'enquête a eu recours aux versions courtes des questionnaires de Conners.

En fonction des questionnaires reçus en retour, et suffisamment complets pour être analysables, l'étude a porté finalement sur plus de 900 enfants avec une proportion équivalente de garçons et de filles. Cet échantillon est représentatif de la population morgienne, en particulier sous l'angle de l'âge et du sexe des enfants, ainsi que du niveau socio-économique de leurs parents.

### Nombre et pourcentage des questionnaires envoyés, reçus et analysables

	Questionnaires envoyés		Questionnaires reçus en retour		Questionnaires analysables	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Parents	2264		993	43.9 %	954	42.1 %
Enseignants	2264		1005	44.4 %	986	43.6 %
Enfants	1371		1048	76.4 %	915	66.7 %

Les enseignants devaient remplir ces questionnaires pour tous leurs élèves. Sur les 121 enseignants concernés, 73 ont renvoyé les questionnaires.

Les enfants et les enseignants n'ont rempli les questionnaires les concernant que si les parents n'avaient pas manifesté d'opposition par rapport à l'enquête.

## Quelles sont les réponses?

### Questionnaire de Conners (Conners Rating Scale)

**Ce questionnaire a pour but d'évaluer les symptômes hyperactifs avec déficit de l'attention. L'étude indique que 9.6 % de l'échantillon des enfants de la région de Morges se situent au-dessus du seuil d'hyperactivité<sup>1</sup>.**

**D'une manière générale, les troubles hyperactifs avec déficit de l'attention représentent le diagnostic pédopsychiatrique le plus fréquent en Amérique du Nord, où ils concernent 4 % à 10 % des enfants de 6 à 12 ans.**

Les données épidémiologiques concernant les pays européens sont encore rares. Sur le plan suisse, une étude zurichoise relève 9.3% de cas de THADA sur une cohorte de 375 enfants, âgés de 6 à 17 ans, dont les parents avaient accepté de participer à des entretiens diagnostiques.

mes étant moins «visibles» et gênants pour l'entourage, il n'est pas exclu que bien des filles ne soient pas repérées comme ayant un trouble THADA. C'est pourquoi il est important d'être attentif aux deux pôles du THADA (les problèmes d'attention et les problèmes d'hyperactivité).

Dans tous les cas, les enquêtes font apparaître un pourcentage plus élevé de garçons que de filles parmi les jeunes présentant des troubles hyperactifs avec déficit d'attention. Il faut préciser que chez les filles prédominent les symptômes de déficit d'attention, alors que chez les garçons ce sont les symptômes d'hyperactivité-impulsivité qui l'emportent. Leurs symptô-

Il y a souvent une association entre les symptômes caractéristiques d'un THADA et d'autres troubles, mais pas toujours. Les symptômes THADA peuvent ainsi être associés aux difficultés scolaires et aux problèmes d'apprentissage (dyslexie par exemple) ainsi qu'à des problèmes émotionnels (anxiété, dépression) ou comportementaux (agressivité, problèmes sociaux).

<sup>1</sup> Pour définir le seuil clinique du THADA, nous avons suivi les recommandations de Conners qui sont basées sur une approche clinique et statistique. L'approche clinique fournit la description des critères symptomatologiques inhérents au THADA, en se référant au manuel diagnostique le plus largement reconnu (le DSM-IV). L'approche statistique mène à considérer que les enfants atteignent les critères du THADA lorsqu'ils présentent (selon les parents, en l'occurrence) un nombre de symptômes dépassant d'un écart-type et demi la moyenne, celle-ci étant calculée sur une large population de référence (ce qui correspond en principe aux 6,7 % des enfants les plus «symptomatiques» dans cette population). L'échantillon de référence est constitué de 1702 élèves nord-américains, âgés de 3 à 17 ans, provenant de 200 établissements couvrant la quasi totalité des Etats (USA) et des Provinces canadiennes. Cet échantillon est représentatif des différentes catégories ethniques. (Référence: «Conners' rating scales-revised: technical manual: instruments for use with children and adolescents», C. Keith Conners, New York, Toronto: MHS, 1998).

### Questionnaire d'Achenbach (Child Behaviour Check List)

Ce questionnaire a pour but d'évaluer les problèmes associés au THADA, qui se répartissent en deux grandes catégories, les problèmes «internalisants» et les problèmes «externalisants». Les vignettes cliniques suivantes illustrent ce qui distingue les termes d'«internalisant» et d'«externalisant».

**Exemple de trouble externalisant** Kevin est un enfant sympathique, affectueux et appréciant beaucoup les activités physiques. Il a tendance à réagir assez vivement lors de frustrations et il accepte assez difficilement les limites qui lui sont fixées. Kevin est souvent pris de crises de colère, se dispute avec des camarades, parfois même se bagarre.

**Exemple de trouble internalisant** Julia est une fillette sensible et timide, appliquée et intéressée par l'école. Elle a tendance à se faire du souci pour son entourage, à être anxieuse et à manquer de confiance en ses capacités. Elle doit assez souvent être encouragée et rassurée par ses parents et par la maîtresse. Julia a souvent des difficultés à s'endormir et elle fait des cauchemars.

Les données provenant du Child Behavior Check List d'Achenbach montrent que les troubles suivants sont souvent associés au THADA :

#### Eventail des troubles associés au THADA

Problèmes internalisants ou émotionnels	Problèmes cognitifs ou d'attention	Problèmes externalisants ou de comportement
Repli sur soi		
Anxiété-Dépression		
Problèmes d'attention		
Agressivité		
Problèmes sociaux		

Ces symptômes présentent une intensité variable d'un enfant à l'autre.

## Comparaison internationale

L'étude montre que 9.6 % des enfants morgiens présentent des symptômes, tels qu'ils sont décrits par leurs parents se situant au-dessus du seuil critique du THADA. Ce pourcentage s'insère dans la fourchette des résultats nord-américains, qui sont par ailleurs très variables selon les études et les méthodologies utilisées. Des différences apparaissent dans l'évaluation des troubles associés, aussi bien pour les troubles internalisants (repli sur soi, anxiété, dépression) que pour les troubles externalisants (agressivité, problèmes sociaux).

Les données de l'étude morgienne recueillies à l'aide du questionnaire Child Behavior Check List mettent en évidence les tendances suivantes:

- Les parents ont tendance à relever plus de problèmes émotionnels et moins de problèmes comportementaux que les parents nord-américains.

- De même, les enseignants tendent à voir moins de problèmes comportementaux que leurs collègues nord-américains.

- En contraste, les enfants ont tendance à se voir comme ayant un peu plus de problèmes comportementaux et un peu moins de problèmes émotionnels que les enfants nord-américains, ceci aussi bien pour les garçons que les filles.

Les comparaisons d'un pays à l'autre doivent cependant rester prudentes. Il faut tenir compte des différences culturelles qui peuvent orienter les regards des parents, des enseignants et des enfants eux-mêmes. Les résultats obtenus peuvent aussi refléter des différences de pratiques éducatives et pédagogiques.

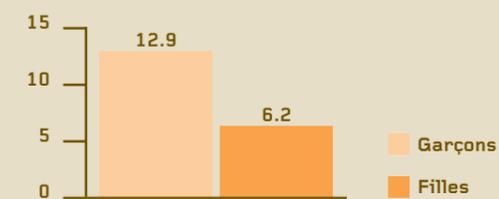
## Les facteurs de l'hyperactivité

**Les résultats de l'étude indiquent clairement que l'hyperactivité est liée de manière significative au sexe, à l'âge et à la voie scolaire suivie.**

### Les différences garçons et filles

Les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à présenter des symptômes du THADA dans l'échantillon de la région morgienne: 12.9 % des garçons, contre 6.2 % des filles, se trouvent au-dessus du seuil critique dans les descriptions fournies par les parents. Cette différence se retrouve dans d'autres études, l'écart étant encore plus marqué en Amérique du Nord.

### Pourcentage de garçons et de filles au-dessus du seuil critique du THADA, selon les parents

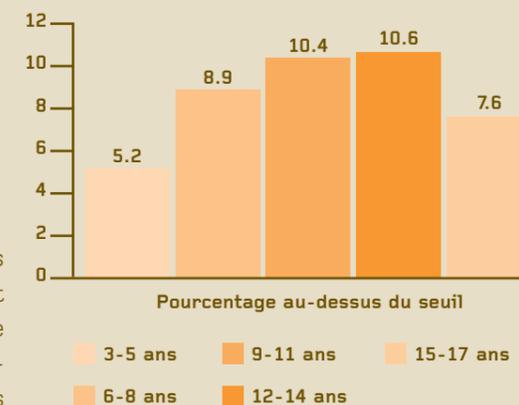


Les parents et surtout les enseignants suisses ont tendance à décrire de manière fortement contrastée les garçons et les filles, alors que les enfants eux-mêmes, garçons et filles, se décrivent de manière très semblable. Ces résultats soulignent les différences d'appréciation d'un regard à l'autre.

### Evolution des symptômes du THADA avec l'âge

Dans l'échantillon morgien, le pourcentage d'enfants au-dessus du seuil d'hyperactivité avec troubles de l'attention augmente jusqu'à l'âge de 14 ans pour redescendre ensuite. Une analyse plus détaillée montre que les symptômes d'hyperactivité-impulsivité ont tendance à diminuer avec l'âge, alors que les symptômes d'inattention ont tendance à persister.

### Pourcentage des enfants de différents âges au-dessus du seuil critique du THADA, selon les parents



## Scolarité et THADA

Dans l'enquête, le niveau socio-économique des familles est déterminé par le dernier degré de formation suivi et la position professionnelle des deux parents. Quatre niveaux sont ainsi déterminés. Le niveau 1 correspond à une scolarité obligatoire et à une position d'employé non spécialisé; les niveaux 2 et 3 correspondent à une formation spécialisée (apprentissage, école professionnelle, haute école spécialisée) et à une position d'employé spécialisé, de cadre moyen ou d'indépendant; le niveau 4 correspond à une formation spécialisée de niveau élevé et à une position de cadre supérieur ou une activité professionnelle libérale.

L'enquête morgienne met en évidence le phénomène bien connu que plus la filière scolaire de l'enfant conduit vers des études longues, plus ces enfants proviennent de familles qui ont un niveau socio-économique élevé.

La proportion d'enfants présentant des symptômes THADA varie en fonction de la voie scolaire suivie. Plus la filière scolaire conduit vers des études longues, moins les enfants sont décrits comme hyperactifs avec des troubles de l'attention. Ce constat concorde chez les trois sources d'information: parents, enseignants, enfants.

De la 7<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> année scolaire, les enfants sont orientés dans l'une des trois voies secondaires suivantes: la voie secondaire à option (VSO), la voie secondaire générale (VSG) et la voie secondaire de baccalauréat (VSB). Or, les enfants suivant la voie secondaire à option, qui correspond aux études les plus courtes, présentent plus de problèmes d'hyperactivité et d'attention que ceux qui suivent les deux autres voies.

Ces données soulignent l'importance d'un soutien aux enfants en difficulté scolaire afin de leur permettre d'utiliser au mieux leurs compétences personnelles. Celles-ci risquent d'être entravées par les symptômes du THADA ou par les troubles qui lui sont fréquemment associés (dépression, anxiété, problèmes comportementaux et relationnels).

Les analyses statistiques fines prenant en compte les filières scolaires et le niveau socio-économique des parents, tendent à montrer que l'indicateur le plus fortement associé aux symptômes THADA est le niveau scolaire des enfants (c'est-à-dire la voie scolaire suivie). Le niveau socio-économique de la famille ne vient qu'en seconde position.

## Parents, enseignants, enfants : des regards différents

**Les parents, les enseignants et les enfants ne décrivent pas la situation de la même manière. S'agissant du même enfant, parents, enseignants (et l'enfant lui-même) décrivent des profils de symptômes différents. Cette faible concordance entre les informants semble être liée à trois facteurs principaux :**

- La subjectivité de chaque source d'information.
  - Les biais induits par la méthode de l'enquête, qui ne peut pas rendre complètement compte de phénomènes complexes.
  - Les symptômes du THADA, qui peuvent s'exprimer différemment selon les contextes.
- aux parents: «Est-ce que vous avez l'impression que votre enfant présente un trouble hyperactif avec déficit de l'attention?»
  - aux enseignants: «Est-ce que vous avez l'impression que l'élève présente un trouble hyperactif avec déficit de l'attention?»

Il n'en reste pas moins que les enfants signalés comme ayant des difficultés par l'un des informants méritent une réflexion commune ou une évaluation plus approfondie. Les enfants décrits avec des symptômes importants par plusieurs des sources d'information (parents, enseignants, enfant) présentent certainement des difficultés sérieuses et devraient pouvoir bénéficier d'une aide.

Nous avons vu que 9,6% des enfants de la région morgienne se situent au-dessus d'un seuil calculé sur la base d'un échantillon nord-américain. Or, lorsque les questions suivantes sont directement posées :

les parents ne répondent positivement que dans 2% des cas et les enseignants dans 1,2% des cas seulement. C'est ainsi que sur 28 enfants décrits comme présentant un THADA par les parents ou par les enseignants, seuls trois d'entre eux le sont à la fois par les parents et par les enseignants.

Ces faibles taux de concordance peuvent peut-être s'expliquer par le degré de connaissances des parents et des enseignants sur les critères descriptifs du THADA et par leurs capacités à repérer ces troubles. On peut aussi évoquer les réticences de certains parents ou enseignants à s'exprimer sur un sujet médical qui suscite souvent de fortes réactions.

## Diagnostic et traitement médical de l'hyperactivité

Un second volet de l'étude consistait en une enquête concernant les pratiques médicales liées au THADA. Elle a été conduite auprès des médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres du canton de Vaud. 276 des 852 médecins concernés ont répondu au questionnaire. Les résultats de l'étude représentent donc une photographie à partir de 32.6 % de réponses.

### Nombre de médecins ayant des cas de THADA dans leur clientèle privée

	Ont répondu au questionnaire	Ont des THADA dans leur clientèle	Pourcentage ayant des cas de THADA
<b>Généralistes</b>	<b>131</b>	<b>61</b>	<b>47 %</b>
<b>Pédiatres</b>	<b>39</b>	<b>32</b>	<b>82 %</b>
<b>Pédopsychiatres</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>62 %</b>
<b>Psychiatres</b>	<b>77</b>	<b>11</b>	<b>14 %</b>

Lorsque les pédiatres décrivent les caractéristiques de leurs patients THADA, les symptômes les plus fréquents sont naturellement l'hyperactivité-impulsivité, puis le déficit d'attention et les difficultés scolaires. Les pédopsychiatres, les généralistes ou encore les psychiatres indiquent une palette de symptômes un peu plus étalée entre hyperactivité-impulsivité, déficit d'attention, difficultés scolaires et d'apprentissage, voire encore transgressions sociales. Il faut noter que les généralistes et les psychiatres suivent également des patients adultes.

### Prise en charge et outils diagnostiques

Les données recueillies soulignent le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des patients présentant un THADA. Comme le montre le tableau suivant, sur 131 généralistes ayant répondu, 47 ont suivi de 1 à 4 cas de THADA au cours de l'année 2000, 9 ont suivi de 5 à 10 cas et 3 plus de 10 cas.

### Nombre de cas THADA suivi en l'an 2000 par les médecins ayant répondu

	0 cas	1 à 4 cas	5 à 10 cas	plus de 10 cas
<b>Généralistes</b>	<b>72 (55 %)</b>	<b>47 (36 %)</b>	<b>9 (7 %)</b>	<b>3 (2 %)</b>
<b>Pédiatres</b>	<b>5 (13 %)</b>	<b>18 (46 %)</b>	<b>10 (26 %)</b>	<b>6 (15 %)</b>
<b>Pédopsychiatres</b>	<b>10 (34 %)</b>	<b>15 (52 %)</b>	<b>4 (14 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>
<b>Psychiatres</b>	<b>65 (84 %)</b>	<b>8 (10 %)</b>	<b>2 (3 %)</b>	<b>2 (3 %)</b>

Ces chiffres indiquent le pourcentage de médecins (parmi ceux qui ont répondu au questionnaire) qui ont enregistré de zéro à plus de 10 cas de THADA dans leur pratique en 2000. 55 % des généralistes qui ont répondu au questionnaire, par exemple, disent ne pas avoir vu de THADA en 2000.

Les pédiatres adressent très souvent ces patients à des services publics de pédopsychiatrie (69 %) ou à des pédopsychiatres installés en privé (56 %). Ils consultent souvent les neuropédiatres (66 %) afin de préciser le diagnostic et les mesures thérapeutiques. Les psychiatres sont de plus en plus amenés à prendre en considération les THADA à l'âge adulte et à réaliser les prises en charge appropriées.

Pour poser le diagnostic, les praticiens recourent essentiellement à l'évaluation clinique (recueil d'informations auprès des parents et de l'enfant, évaluation des symptômes et de leurs répercussions, notamment au niveau scolaire et logopédique).

### Les prises en charge proposées

Les médecins vaudois proposent des prises en charge globales, qui combinent selon les cas : soutien, psychothérapie individuelle, traitement de famille, ergothérapie, etc. C'est dans le cadre de cette prise en charge globale que le recours aux médicaments est le plus fréquemment proposé.

### Palette des prises en charge proposées

	Généraliste	Pédiatre	Pédopsychiatre	Psychiatre
<b>Médication</b>	<b>78 %</b>	<b>94 %</b>	<b>83 %</b>	<b>73 %</b>
<b>Soutien</b>	<b>75 %</b>	<b>81 %</b>	<b>61 %</b>	<b>64 %</b>
<b>Psychothérapie individuelle</b>	<b>43 %</b>	<b>50 %</b>	<b>67 %</b>	<b>55 %</b>
<b>Traitement de famille</b>	<b>52 %</b>	<b>47 %</b>	<b>11 %</b>	<b>46 %</b>
<b>Traitement cognitif</b>	<b>38 %</b>	<b>19 %</b>	<b>6 %</b>	<b>37 %</b>
<b>Psychothérapie / ergothérapie / logopédie</b>	<b>44 %</b>	<b>50 %</b>	<b>28 %</b>	<b>27 %</b>
<b>Autres</b>	<b>11 %</b>	<b>6 %</b>	<b>22 %</b>	<b>18 %</b>

Ces chiffres indiquent le pourcentage de médecins, parmi ceux qui voient des THADA dans leur pratique, qui proposent dans leur éventail de traitements telle ou telle sorte de prise en charge. Par exemple, 78 % des généralistes qui disent voir des THADA, proposent une médication, mais également d'autres formes de prise en charge, notamment un soutien (75 % d'entre eux).

## Diagnostic et traitement médical de l'hyperactivité

### Les médicaments prescrits

Pour le THADA, le méthylphénidate (Ritaline®) est le médicament le plus souvent utilisé. Ce psycho-stimulant est surtout prescrit par les pédiatres, puis par les pédopsychiatres, les médecins généralistes et finalement les psychiatres. La dextroamphétamine (Dexamin®) est très rarement proposée alors qu'il s'agit aussi d'un psycho-stimulant à l'efficacité reconnue.

Les indications officielles de Swissmedic concernant la dextroamphétamine ne mentionnent pas l'utilisation de ce produit pour le traitement du THADA. Les médecins qui la prescrivent le font sous leur propre responsabilité.

Pour les troubles associés, comme une dépression, les autres psychotropes utilisés sont les anti-dépresseurs et les anxiolytiques, les neuroleptiques étant rarement prescrits.

### Médications proposées

	Généraliste	Pédiatre	Pédopsychiatre	Psychiatre
<b>Méthylphénidate</b>	<b>90 %</b>	<b>100 %</b>	<b>94 %</b>	<b>89 %</b>
<b>Dextroamphétamine</b>	<b>2 %</b>	<b>3 %</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>
<b>Antidépresseurs</b>	<b>25 %</b>	<b>15 %</b>	<b>18 %</b>	<b>67 %</b>
<b>Anxiolytiques</b>	<b>8 %</b>	<b>9 %</b>	<b>6 %</b>	<b>33 %</b>
<b>Neuroleptiques</b>	<b>10 %</b>	<b>6 %</b>	<b>6 %</b>	<b>44 %</b>
<b>Autres</b>	<b>8 %</b>	<b>0 %</b>	<b>6 %</b>	<b>0 %</b>

Ces chiffres indiquent le pourcentage de médecins, parmi ceux qui proposent une médication, qui prescrivent telle ou telle sorte de médication. 90 % des généralistes qui proposent une médication aux THADA, par exemple, prescrivent du méthylphénidate.

D'une manière générale, le corps médical considère le méthylphénidate comme un médicament efficace ou satisfaisant pour le traitement de l'hyperactivité. Seuls 25 % des psychiatres, 13 % des pédopsychiatres et 9 % des généralistes jugent l'action du méthylphénidate insatisfaisante, mais jamais, ou presque jamais, ils ne la jugent inefficace.

### Efficacité du méthylphénidate dans le traitement des THADA

C'est un médicament...	Généraliste	Pédiatre	Pédopsychiatre	Psychiatre
<b>Efficace</b>	<b>58 %</b>	<b>61 %</b>	<b>13 %</b>	<b>13 %</b>
<b>Satisfaisant</b>	<b>21 %</b>	<b>21 %</b>	<b>44 %</b>	<b>37 %</b>
<b>Insatisfaisant</b>	<b>19 %</b>	<b>10 %</b>	<b>13 %</b>	<b>25 %</b>
<b>Inefficace</b>	<b>10 %</b>	<b>10 %</b>	<b>10 %</b>	<b>12 %</b>
<b>Ne se prononce pas</b>	<b>12 %</b>	<b>18 %</b>	<b>30 %</b>	<b>13 %</b>

Ces chiffres indiquent le pourcentage de médecins, parmi ceux qui prescrivent du méthylphénidate, qui trouvent celui-ci efficace, satisfaisant, insatisfaisant ou inefficace. 58 % des généralistes qui proposent du méthylphénidate, par exemple, trouvent ce médicament efficace.

A titre de comparaison, la prescription de psycho-stimulants a plus que doublé en Amérique du Nord entre 1990 et 1995. Elle a même presque triplé pour les enfants entre 5 et 18 ans (la proportion des enfants traités par un psychostimulant est passée de 1.1 % à 2.8 % pendant cette période).

Une étude menée dans le canton de Neuchâtel de 1996 à 2000 met également en évidence une augmentation importante de la prescription de méthylphénidate, surtout depuis 1998, avec une multiplication par 2,5 environ du nombre de patients traités. Cette progression se poursuit durant les années 1999 et 2000, mais avec une intensité moins élevée.

Il est à relever que 71 % des médecins vaudois qui ont participé à l'enquête estiment qu'ils doivent compléter leur formation concernant l'hyperactivité, aussi bien sur les critères diagnostiques et les prises en charge thérapeutiques du THADA qu'en ce qui concerne les traitements médicamenteux.

La plus grande prise de conscience de la réalité des THADA et les formations post-graduées réalisées ces dernières années constituent certes des progrès importants, mais il est encore indispensable de compléter ces efforts de formation.

En résumé, cette étude confirme l'existence des symptômes qui sont regroupés sous le nom de THADA. Les personnes concernées (parents, enseignants et enfants eux-mêmes) décrivent ces symptômes comme bien réels, même s'ils ne concordent pas toujours entre eux. Ces symptômes sont perçus comme gênants et sont souvent associés à d'autres problèmes.

En revanche, cette étude n'éclaircit pas les causes de ces symptômes. Les critères utilisés pour établir les seuils critiques, comme nous l'avons fait dans cette étude, sont susceptibles d'être réévalués.

La médication apporte dans bien des cas de THADA, dont le diagnostic a été posé cliniquement, un soulagement pour l'enfant et ses proches, qui permet ensuite de réaliser d'autres formes de prise en charge.

## Principales recommandations

---

### Informations générales

Les informations sur le THADA et les troubles associés doivent être facilement accessibles.

Les parents doivent recevoir des informations générales et savoir auprès de qui ils peuvent demander des conseils, et le cas échéant entreprendre une investigation clinique.

Les enseignants doivent être informés sur les éléments permettant un dépistage précoce ainsi que sur les conseils qu'ils peuvent donner aux parents. Il est également indispensable que les enseignants soient informés des ressources existantes au niveau scolaire et sur les modalités de collaboration entre les intervenants.

Les soignants doivent bénéficier de formations continues, notamment les professionnels en milieu scolaire (logopédistes, psychologues, psychomotriciens et infirmières scolaires) qui sont en première ligne en ce qui concerne le dépistage et la prise en charge.

### Formation continue du corps médical

Les résultats de l'enquête montrent que le corps médical doit pouvoir bénéficier de formations sur les démarches diagnostiques, les connaissances scientifiques actuelles et les différents médicaments indiqués pour les THADA, notamment sur les nouvelles médications qui sont et seront introduites en Suisse prochainement. Il est aussi indiqué que le corps médical soit davantage informé sur l'évolution des THADA au cours de la vie. Les soignants doivent aussi bénéficier de réflexions sur la collaboration interdisciplinaire et sur l'articulation des différents types de prise en charge, notamment par des revues communes de cas.

### Dépistage précoce

Il faut veiller à dépister les THADA le plus tôt possible au niveau scolaire. Une identification précoce permet la mise en place de mesures appropriées qui limitent les souffrances de l'enfant et de la famille. Elle améliore la poursuite de la scolarité de l'enfant ainsi que l'expression de son potentiel intellectuel et social. Il est essentiel d'apporter une aide aux enfants qui en ont besoin pour diminuer le risque de démotivation et de problèmes scolaires persistants.

### Collaboration entre les différents intervenants

Il est indispensable que les intervenants collaborent étroitement et régulièrement pour assurer une meilleure compréhension des points de vue respectifs liés aux contextes d'observation de l'enfant et à la subjectivité des différents regards. Une réflexion commune permet de déboucher sur un consensus, à tout le moins sur des décisions partagées. La faible concordance des points de vue observée entre les parents, les enseignants et les enfants souligne l'importance des échanges entre les intervenants.

Les spécialistes impliqués dans l'évaluation et dans les mesures pouvant être proposées à un enfant doivent être intégrés dans ces échanges, en particulier le corps médical, les spécialistes des services de psychologie scolaire, ainsi que d'autres spécialistes travaillant dans les domaines de la formation professionnelle, de l'aide éducative ou de la protection de la jeunesse.

### Diffusion de recommandations

La diffusion de recommandations est un autre objectif à réaliser. Il s'agit de fournir, au corps médical et aux autres intervenants dans les prises en charge des cas de THADA, les informations essentielles sur :

- les critères cliniques,
- les investigations,
- les différentes formes de traitements,
- et l'état actuel de nos connaissances sur l'évolution des types de THADA au cours du développement de l'enfant et à l'âge adulte.

Ces recommandations devraient tenir compte des spécificités de l'expérience clinique et des pratiques médicales des différentes régions linguistiques du pays, tout en se basant sur les recommandations internationales. Ces recommandations pourraient ainsi servir de documents de référence sur le plan suisse.

## Informations pratiques

### A qui s'adresser pour l'information et la prise en charge

Pour les problèmes médicaux, s'adresser au médecin traitant (généraliste, pédiatre) ou au spécialiste (pédopsychiatre, neuropédiatre).

Pour les problèmes scolaires, s'adresser au corps enseignant, aux directions scolaires et aux services de psychologie scolaire.

### Liste d'adresses et de contacts

#### Vaud

Secteur Centre

#### Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

- **Consultation du Bugnon**  
23A, rue du Bugnon  
1005 Lausanne  
Tél. 021 314 19 53 Fax 021 314 74 81
- **Consultation de Pédopsychiatrie de Liaison CHUV**  
Hôpital Nestlé, niveau 5  
5, avenue Pierre-Decker,  
1011 Lausanne CHUV  
Tél. 021 314 35 35 Fax 021 314 37 86
- **Consultation "Passerelle"**  
34, avenue de la Gare  
1022 Chavannes-près-Renens  
Tél. 021 637 26 00 Fax 021 335 73 63

Secteur Est

#### Policlinique de pédopsychiatrie

26, avenue Général-Guisan  
1800 Vevey  
Tél. 021 925 86 46 Fax 021 925 86 40  
*Ce service dispose d'antennes à Aigle, Château-d'Œx et Montreux.*

Secteur Nord

#### Service de psychiatrie pour enfant et adolescent

12, rue du Valentin  
1400 Yverdon-les-Bains  
Tél. 024 424 15 30 Fax 024 424 15 39  
*Ce service dispose d'antennes à Orbe, Payerne, Sainte-Croix et au Sentier.*

Secteur Ouest

#### Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

4, avenue Reverdil  
1260 Nyon  
Tél. 022 994 89 89 Fax 022 994 89 80

#### Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

15, rue de la Gare  
1110 Morges  
Tél. 021 804 88 49 Fax 021 804 88 40

#### Société vaudoise de médecine

1, rte d'Oron, Case postale 76  
1010 Lausanne  
Tél. 021 651 05 05 Fax 021 651 05 00

#### Genève

#### Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

41, chemin des Crêts-de-Champel,  
1206 Genève  
Tél. 022 382 89 89 Fax 022 382 89 88

#### Service médico-pédagogique

16-18, boulevard Saint-Georges,  
1211 Genève 8  
Tél. 022 327 43 91 Fax 022 327 43 20

#### Hôpital des Enfants, Neuropédiatrie

6, rue Willy Donzé,  
1211 Genève 14  
Tél. 022 382 45 72 Fax 022 382 47 79  
**Association des médecins du canton de Genève**  
12, rue Micheli-du-Crest, Case postale 665,  
1211 Genève 4  
Tél. 022 320 84 20 Fax 022 781 35 71

#### Fribourg

#### Service de pédopsychiatrie du canton de Fribourg

17, route des Cliniques  
1700 Fribourg  
Tél. 026 305 30 50 Fax 026 305 30 49

#### Société de médecine du canton de Fribourg

15, rue de l'Hôpital, case postale 1552  
1701 Fribourg  
Tél. 026 350 33 00 Fax 026 350 33 03

#### Neuchâtel

#### Office médico-pédagogique du littoral neuchâtelois

67, rue de l'Écluse  
2000 Neuchâtel  
Tél. 032 889 69 65 Fax 032 889 62 78

#### Office médico-pédagogique des montagnes neuchâteloises

117, rue du Parc  
2300 La Chaux-de-Fonds  
Tél. 032 919 69 66 Fax 032 919 60 56

#### Guidance Infantile

8, Place des Halles,  
2000 Neuchâtel  
Tél. 032 889 69 13 Fax 032 889 69 42

## Informations pratiques

### Société neuchâteloise de médecine

Grand-Rue 7, 2108 Couvet  
Tél. 032 863 21 71 Fax 032 863 16 19

### Valais

#### Unité de psychiatrie et de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (UPEA)

29, avenue Ritz, 1951 Sion  
Tél. 027 606 48 18 Fax 027 606 48 24  
*Ce service dispose d'antennes à Brigue, Martigny, Monthey, Sierre et Viège.*

#### Société Médicale du Valais

70, rte de Vissigen,  
1950 Sion  
Tél. 027 203 60 40 Fax 027 203 60 42

### Jura

#### Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents

20, faubourg des Capucins  
2800 Delémont  
Tél. 032 420 51 80 Fax 032 420 51 81

#### Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents

16, rue Thurmann,  
2900 Porrentruy  
Tél. 032 467 36 20 Fax 032 467 36 21

#### Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents

Bâtiment La Chaumine  
25, rue de Gruère  
2350 Saignelégier  
Tél. 032 951 47 00

#### Société Médicale du canton du Jura

chemin de la Carrière 12K  
2925 Buix  
Tél. 032 475 20 20 Fax 032 475 20 25

### Associations

#### ASPEDAH

#### (Association suisse romande de parents d'enfants avec déficit d'attention et/ou hyperactivité)

18, chemin du Crêt  
1026 Echandens  
Tél. 021 703 24 20 Fax 086 021 703 24 20

### Références bibliographiques

1. Bader M., Junier L., Ansermet F., Halfon O.  
Troubles hyperactifs avec déficit de l'attention chez les enfants et les adolescents : situation actuelle et perspectives de traitements médicamenteux.  
*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 2004.
2. Bouvard M., Le Heuzey M.-F., Mouren-Simeoni M.-C., et al.  
L'hyperactivité : de l'enfance à l'âge adulte.  
*Doin*, 2002.
3. Dugas M., Halfon O., et al.  
L'hyperactivité chez l'enfant.  
*Presses Universitaires de France*, 1987.
4. Medioni L.  
Évolution du nombre de prescriptions de Ritaline® (méthylphénidate) dans le canton de Neuchâtel entre 1996 et 2000.  
*Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique*, 2002.
5. Steinhausen H.-C., Metzke C.W., Meier M., Kannenberg R.  
Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: The Zurich Epidemiological Study.  
*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998.





Etude financée  
par l'Office fédéral  
de la santé publique

Service universitaire de psychiatrie  
de l'enfant et de l'adolescent  
Lausanne, 2005

# LES TROUBLES HYPERACTIFS AVEC DÉFICIT D'ATTENTION CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Rapport sur une étude réalisée à Morges  
et une enquête auprès du corps médical vaudois