

Le traitement du TDAH

par Pierre Poulin

L'évaluation de Jérôme et de Mélissa, présentée dans les articles précédents, a conduit dans les deux cas à un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité. Dans le cas de Jérôme, il s'agit d'un TDAH de type mixte, où l'inattention est un problème, mais aussi l'hyperactivité et l'impulsivité. Dans le cas de Mélissa, il s'agit plutôt d'un type où l'inattention prédomine. Il faut donc maintenant proposer à ces deux patients, et à leurs parents, un plan de traitement qui pourra pallier les difficultés des enfants.

BIEN SÛR, LE TRAITEMENT ne consiste pas seulement à donner une pilule, et le tour est joué. Il impliquera la collaboration d'autres professionnels et la mise en place d'autres interventions que le seul traitement médicamenteux. Toutefois, comme médecin, le traitement pharmacologique relève de votre champ de pratique, et vous en aurez la responsabilité. Quant aux autres modalités thérapeutiques que nous aborderons plus loin, vous pouvez les recommander ou adresser votre patient à un autre professionnel, mais il est peu probable que vous en soyez le principal dispensateur.

Vous devrez aussi considérer le TDAH au même titre que toute autre maladie chronique et fournir à la famille toute l'information nécessaire sur le problème, ses conséquences et son traitement. Les parents et l'enfant doivent savoir qu'ils ne sont pas coupables de ce problème de nature avant tout biologique. Le plus tôt possible, l'enfant doit savoir ce qui l'affecte et en quoi les différentes options thérapeutiques peuvent l'aider¹⁻⁴.

Les questions et les craintes des parents

Vous pouvez donc vous attendre à une série de questions, particulièrement sur le traitement médicamenteux, qui devraient tourner autour des exemples suivants :

Le Dr Pierre Poulin, pédiatre, a siégé au comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central du MSSS-MEQ ; il a également fait partie du groupe de travail sur les lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec sur le TDAH et l'usage de stimulants du système nerveux central. Il exerce au Centre hospitalier Beauce-Etchemin, à Saint-Georges de Beauce.

Le médicament est-il une drogue ?

Les médicaments utilisés dans le traitement du TDAH ne sont disponibles que sur ordonnance et sont administrés non pas pour permettre au patient de faire un « trip » ou de s'évader de ses problèmes, mais pour corriger un déficit handicapant pour l'enfant. Il peut arriver dans certains milieux que ce médicament soit pris à des fins illicites ou comme drogue, mais le médecin n'a bien sûr rien à y voir.

Provoque-t-il une dépendance ?

Cette classe de médicaments ne provoque pas de dépendance ni de tolérance. En fait, vous risquez plutôt de vous heurter tôt ou tard à un enfant plus vieux ou à un adolescent qui nie son problème et refuse de continuer à prendre le médicament. Il est aussi maintenant bien démontré que la prescription de stimulants aux enfants souffrant d'un TDAH diminue le risque de toxicomanie plus tard⁵.

Guérit-il le problème ?

Le médicament corrige les symptômes pendant sa durée d'action, mais il n'a pas d'effet permanent à long terme. Il existe maintenant de nombreuses études démontrant hors de tout doute l'efficacité des stimulants pour corriger les symptômes du TDAH sur une période d'au moins 14 mois⁶. Il reste à espérer, mais aussi à prouver qu'en soulageant ces symptômes, on améliore également l'estime de soi et la perception qu'ont ces enfants d'eux-mêmes, et peut-être leur pronostic à long terme.

Quels sont les effets secondaires ?

Est-ce que ça va le rendre « zombie » ?

Les effets secondaires les plus fréquents sont relativement bénins et consistent surtout en une perte d'appétit

T A B L E A U I

Effets des stimulants

Cognitifs

- Augmentent l'attention à la tâche
- Diminuent la réponse aux distractions
- Améliorent la vitesse et la précision de la performance
- Améliorent la mémoire à court terme
- Améliorent la performance scolaire à court terme

Moteurs

- Diminuent l'agitation
- Diminuent l'activité motrice hors-tâche
- Diminuent le bavardage excessif ou l'émission de bruits
- Augmentent le jeu et le travail autonome
- Améliorent la motricité fine et la qualité de l'écriture

Sociaux

- Diminuent la colère et l'agressivité
- Diminuent les comportements et les émotions trop intenses
- Augmentent la réponse aux renforcements positifs
- Augmentent la réponse aux demandes des adultes
- Diminuent les interactions négatives avec les pairs
- Améliorent la relation mère-enfant et les interactions familiales
- Améliorent les relations enseignant-élève

Adapté et traduit de *Pediatrics in Review* 1998 ; 19 : 380.

et des difficultés de sommeil, surtout pour l'endormissement. On note parfois des maux de ventre et des maux de tête, souvent transitoires. Si l'enfant est trop amorti, c'est que la dose est probablement mal ajustée, ou que le médicament ne fonctionne pas. Les parents doivent savoir que ce n'est pas le but recherché. Ce médicament n'agit que pour quelques heures ; il en est de même pour les effets secondaires, s'il y en a^{1,3,4,7,8}.

Est-il certain que cela va fonctionner ?

On a longtemps avancé que 80 % des enfants atteints

d'un TDAH répondaient au médicament. Une large étude récente où la posologie du médicament était ajustée d'une façon très méticuleuse et où le traitement était supervisé rigoureusement a pu démontrer que plus de 90 % des enfants répondaient à l'un ou l'autre des médicaments qui pouvaient leur être administrés⁶. Il faut bien savoir toutefois que le médicament atténuera les symptômes du TDAH, mais pas nécessairement les troubles qui y sont associés, comme : les troubles oppositionnels, les troubles de conduite, les troubles anxieux ou de l'humeur, les troubles d'apprentissage. C'est particulièrement pour ces problèmes fréquemment associés au TDAH que le traitement multimodal doit être envisagé, compte tenu des ressources dont on dispose⁸. Ce traitement dit « multimodal » implique le recours à plusieurs modes d'intervention, et ce, conjointement, comme le traitement médicamenteux, l'approche comportementale (décrite plus loin), l'aide éducative, la thérapie individuelle, etc.

Cela donne-t-il des tics ou cause-t-il le syndrome de Gilles de la Tourette ?

Les tics sont un effet secondaire possible, mais quand même rare du médicament. Il peut les exacerber, surtout chez un patient prédisposé au syndrome de Gilles de la Tourette. La présence de ce syndrome n'est toutefois pas une contre-indication à un essai médicamenteux de stimulants lorsque le tableau clinique le justifie¹.

L'intervention

Une fois que vous avez répondu aux questions et apaisé les craintes des parents de Jérôme ou de Mélissa, il est important de bien cibler avec les parents les symptômes que l'on veut soulager. Les résultats souhaités sont généralement les suivants :

- Améliorer les relations interpersonnelles ;
- Diminuer les comportements impulsifs problématiques ;
- Améliorer la performance scolaire ;

Il est démontré que les stimulants sont efficaces pour diminuer les symptômes principaux du TDAH (hyperactivité, impulsivité et inattention) et améliorer le fonctionnement dans de nombreux domaines. Les effets secondaires sont généralement bénins. Le médecin qui les prescrit doit au départ cibler les objectifs à atteindre, et changer de sorte de stimulant si le premier essai s'avère infructueux.

T A B L E A U II

Les médicaments utilisés pour traiter le TDAH

Médicaments	Horaire d'administration	Durée d'action	Posologie
Méthylphénidate			
<ul style="list-style-type: none"> ● Courte durée d'action : Ritalin® Riphenidate PMS-Méthylphénidate comprimés de 5, 10 et 20 mg 	b.i.d. à t.i.d.	3 à 5 h	de 5 à 20 mg b.i.d. à t.i.d.
<ul style="list-style-type: none"> ● Action intermédiaire : Ritalin® SR comprimés de 20 mg 	<i>die</i> à b.i.d.	3 à 8 h	de 20 à 40 mg <i>die</i> ou 40 mg le matin et 20 mg l'après-midi
Amphétamines			
<ul style="list-style-type: none"> ● Courte durée d'action : Dexedrine® comprimés de 5 mg 	b.i.d. à t.i.d.	4 à 6 h	de 5 à 15 mg b.i.d. à 5 à 10 mg t.i.d.
<ul style="list-style-type: none"> ● Action intermédiaire : Dexedrine® spansules de 10 ou 15 mg 	<i>die</i> à b.i.d.	6 à 8 h	de 10 à 30 mg <i>die</i> ou de 10 à 15 mg b.i.d.

- Améliorer l'autonomie dans les tâches quotidiennes et le travail scolaire ;
- Diminuer les conduites dangereuses ;
- Améliorer l'estime de soi.

On devrait viser au moins trois objectifs parmi les six précédents.

Deux types d'interventions ont été scientifiquement validés dans le traitement du TDAH : le traitement pharmacologique et l'intervention comportementale^{2,9}.

Le traitement pharmacologique

Plusieurs molécules ont fait l'objet d'études pour le traitement du TDAH : antidépresseurs tricycliques, clonidine, rispéridone, bupropion et, plus récemment, atomoxétine. Toutefois, les stimulants du système nerveux central (SSNC) demeurent la pierre angulaire du traitement du TDAH. L'utilisation des autres médicaments doit probablement être laissée à l'appréciation des médecins qui ont une expertise particulière avec ce type de clientèle⁸.

Il est démontré que les SSNC sont efficaces pour dimi-

nuer les symptômes principaux du TDAH (hyperactivité, impulsivité et inattention) et améliorer le fonctionnement dans de nombreux domaines (*tableau I*). Les effets secondaires sont généralement bénins. Le médecin qui les prescrit doit au départ cibler les objectifs à atteindre, et changer de sorte de stimulant si le premier essai s'avère infructueux^{1,2-4,6-9}.

Son efficacité sur le plan du comportement en groupe et en classe est bien corroborée par la recherche. Elle l'est moins sur le plan des apprentissages et du rendement scolaire, probablement à cause de l'association fréquente du TDAH avec des troubles d'apprentissage².

Le méthylphénidate est présenté en comprimés sécables de 5 mg (par Pharmascience), de 10 mg et de 20 mg. Il y a aussi des comprimés à effet intermédiaire, non sécables, de 20 mg (Ritalin® SR). Leur effet est toutefois erratique et peu fiable. Il existe une forme de méthylphénidate à longue durée d'action (de 10 à 12 heures) plus fiable, vendue aux États-Unis (Concerta®). Elle apparaîtra probablement sur le marché canadien dans les mois à venir.

T A B L E A U III

Guide posologique

	Âge	1 ^{re} semaine	2 ^e semaine	3 ^e semaine	Semaines suivantes
Méthylphénidate (par dose)	6 à 8 ans	2,5 mg	5 mg	7,5 mg	Selon les résultats
	9 à 11 ans	5 mg	7,5 mg	10 mg	Selon les résultats

- La dose de dexamphétamine se calcule à la moitié de la dose de méthylphénidate.
- Une préparation à longue durée d'action peut être substituée lorsque la posologie est établie et qu'elle est disponible aux doses utilisées.

C'est généralement le méthylphénidate que l'on choisit en première intention, et c'est ce médicament qui est le plus utilisé dans le traitement du TDAH. Sa marge d'innocuité est bonne, et son emploi chez les enfants bénéficie d'un recul de quelques décennies.

Le *tableau II* présente les types de médicaments pouvant être utilisés.

La posologie doit être individualisée et ne se calcule pas nécessairement au poids. On commence par de petites doses, et on augmente jusqu'à ce que l'on ait atteint l'effet désiré ou qu'apparaissent des effets secondaires. Pour le jeune enfant, on peut commencer à 2,5 mg par dose, ou à 5 mg par dose pour l'enfant plus âgé. Généralement, la posologie se maintient entre 0,3 et 0,6 mg/kg par dose. Le *tableau III* fournit un guide sur la façon d'amorcer le traitement médicamenteux et de le réajuster.

Il existe des questionnaires permettant d'évaluer et de comparer la présence des symptômes de TDAH pendant que le patient prend le médicament, mais aussi des effets secondaires. Vous en trouverez un à la *figure 1*. Il ne faut pas hésiter à s'en servir pour objectiver la réponse au traitement, ajuster la posologie ou vérifier l'intensité des effets secondaires. L'idéal serait sans doute de comparer à l'insu les effets du médicament à ceux d'un placebo, mais c'est peu réalisable en pratique.

La durée d'action du méthylphénidate est courte : de trois à quatre heures. Il doit donc être pris au moins deux fois par jour, soit le matin et le midi. Beaucoup de parents pré-

ferent ne pas donner une troisième dose vers 16 h pour éviter l'insomnie vespérale. Les études à double insu montrent toutefois que les effets sur le sommeil ne sont pas beaucoup plus grands lorsqu'on donne une troisième dose. Les parents se privent trop souvent de l'effet positif du médicament à la maison. De même, la décision de donner ou non le médicament à l'enfant les fins de semaine ou les jours de congé doit être individualisée et discutée avec les parents. Une enfant comme Mélissa ayant un déficit d'attention isolé peut facilement arrêter de prendre le médicament. Celui-ci peut par contre être utile à un enfant difficile et susceptible de provoquer le rejet de son entourage comme Jérôme.

La dexamphétamine est très semblable au méthylphénidate par sa durée d'action et ses effets secondaires. La dose de dexamphétamine est d'environ la moitié de la dose de méthylphénidate. La Dexedrine® est toutefois présentée en comprimés à effet prolongé (spansules de 10 ou 15 mg) beaucoup plus fiables que le Ritalin® SR. Elle représente un avantage lorsque la dose du midi n'est pas prise régulièrement, lorsqu'il y a un creux d'action entre deux doses, ou pour l'adolescent qui a des réticences à prendre son médicament devant ses amis. L'Adderal® XR est un mélange de sels d'amphétamine qui devrait être disponible d'ici quelque temps. Sa durée d'action prolongée permet de soulager les symptômes jusque dans la soirée avec une dose.

Comme nous l'avons mentionné, en cas d'échec avec le premier médicament choisi, il ne faut pas hésiter à faire

Un fois le traitement instauré et la posologie bien ajustée, il incombe au médecin d'en assurer le suivi. Il doit accorder une attention particulière à la courbe de croissance. L'enfant doit être revu au moins deux ou trois fois par année.

R E P È R E

Questionnaire de contrôle
Enfants ou adolescents atteints d'un TDAH

Nom de l'enfant : _____

Date : _____

Nom du répondant : _____

Cochez « ne s'applique pas » si vous trouvez que l'enfant ne présente pas les caractéristiques de l'énoncé décrit, ou une des autres colonnes si vous trouvez que l'énoncé s'applique un peu, modérément ou beaucoup à l'enfant ou à l'adolescent.

	Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1. A souvent mal au cœur (nausées).	n	n	n	n
2. A souvent du mal à attendre son tour.	n	n	n	n
3. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses tâches.	n	n	n	n
4. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations ou cela est inapproprié.	n	n	n	n
5. A de la difficulté à s'endormir.	n	n	n	n
6. Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.	n	n	n	n
7. A mal à la tête.	n	n	n	n
8. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.	n	n	n	n
9. A des tics.	n	n	n	n
10. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.	n	n	n	n
11. Se plaint de mal de ventre.	n	n	n	n
12. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités.	n	n	n	n
13. Semble amorti.	n	n	n	n
14. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.	n	n	n	n
15. Parle souvent trop.	n	n	n	n
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.	n	n	n	n

Questionnaire de contrôle
Enfants ou adolescents atteints d'un TDAH (suite)

	Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
17. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.	n	n	n	n
18. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis.	n	n	n	n
19. Manque d'appétit.	n	n	n	n
20. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts ».	n	n	n	n
21. Semble fatigué.	n	n	n	n
22. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu.	n	n	n	n
23. Semble manquer de sommeil.	n	n	n	n
24. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence.	n	n	n	n
25. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener ses tâches à terme.	n	n	n	n
26. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs.	n	n	n	n
27. Semble avoir perdu du poids.	n	n	n	n
28. Paraît souvent triste.	n	n	n	n
29. Souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes.	n	n	n	n

Résultat I : 3 8 10 12 14 17 22 25 29

Total : _____

Résultat HI : 2 4 6 15 16 18 20 24 26

Total : _____

Résultat ES : 1 5 7 9 11 13 19 21 23 27 28

Total : _____

Interprétation des résultats du questionnaire :

Résultat I signifie inattention.

Résultat HI signifie hyperactivité-impulsivité.

Résultat ES signifie effets secondaires.

Compter : 3 points pour « s'applique beaucoup »,
 2 points pour « s'applique modérément »,
 0 point pour « un peu » ou « ne s'applique pas ».

Les résultats sont comptés sur 27 pour I et HI, et peuvent être comparés d'une fois à l'autre, ou avec et sans prise de médicament.

Conçu et réalisé par Pierre Poulin, pédiatre, 2002.

l'essai d'un autre médicament de la classe des stimulants.

Le suivi du traitement

Une fois le traitement instauré et la posologie bien ajustée, il incombe au médecin d'en assurer le suivi. Il doit accorder une attention particulière à la courbe de croissance. L'enfant doit être revu au moins deux ou trois fois par année. À cause des troubles associés, le parcours de ces enfants est souvent parsemé de hauts et de bas. Les échecs scolaires, les problèmes de comportement, les conflits avec l'autorité sont fréquents. En tant que médecin, vous pouvez être appelé à jouer un rôle d'intermédiaire entre l'enfant et les professionnels plus ou moins nombreux qui graviteront autour de lui.

Après un certain temps, qui varie d'un patient à l'autre, vous pouvez essayer d'arrêter le traitement médicamenteux, si les parents ou le patient lui-même ne l'ont pas déjà fait à votre insu... Le début d'une année scolaire n'est probablement pas le meilleur moment pour ce faire, compte tenu de tous les nouveaux éléments auxquels le jeune doit s'adapter. La fin de la première étape scolaire, lorsque l'enfant a eu une période stable avec son groupe et son enseignant, est probablement plus propice. N'hésitez pas alors à demander de nouveau qu'on remplisse des grilles à l'école et à la maison après un certain temps pour objectiver l'effet de l'arrêt du traitement médicamenteux.

Vous vous heurterez régulièrement à des adolescents qui nient leur problème et ne veulent plus prendre de médicament, les adolescents n'aimant de toute façon pas prendre quelque médicament que ce soit... Plutôt que d'affronter un adolescent qui risque de se camper sur ses positions, il est peut-être préférable de lui proposer d'essayer d'arrêter de prendre le médicament de la façon décrite au paragraphe ci-dessus, en lui demandant d'accepter de réviser sa position si cela se révèle nécessaire. S'il se sent partie prenante à la décision, il acceptera peut-être plus facilement de le faire. Il ne faut pas oublier de bien expliquer au jeune ce qu'est le TDAH et à quoi sert ce médicament, sans lui faire de cachette ou lui dire que ce sont des « vitamines »...

Il est préférable que l'enseignant sache que l'enfant prend un médicament, même si parfois certains parents

ou adolescents refusent qu'on transmette cette information. Il est peut-être alors bon de demander aux parents de préciser à l'enseignant que cette information est confidentielle. La remarque d'un enseignant exaspéré à un jeune perturbé, devant tout son groupe, lui disant qu'il n'a pas pris son Ritalin, a souvent un effet dévastateur sur l'estime de soi et l'observance du traitement.

L'approche comportementale

L'approche comportementale vise à intervenir sur l'environnement de l'enfant pour modifier certains comportements indésirables. Elle est moins efficace que le médicament pour soulager les symptômes du TDAH, mais elle peut aider à surmonter les problèmes associés. Elle recourt par exemple au renforcement positif, au temps d'arrêt ou à la période de réflexion, au retrait de privilèges, à un système de jetons, ou encore à une association de tous ces moyens^{2,8,9}. Généralement, vous n'êtes pas celui qui donnera ce type de service, mais vous pouvez avoir à adresser votre patient et sa famille à des ressources qui mettront en place une telle intervention. Souvent, l'école utilise ce type d'approche d'une façon plus ou moins structurée.

L'étude MTA, parue en 1999, a comparé l'efficacité d'un traitement multimodal incluant l'approche comportementale associée au traitement médicamenteux, par opposition au médicament seul. Les modalités mises en place dans l'approche comportementale étaient très rigoureuses et sont difficiles à réaliser en pratique, en dehors d'un cadre de recherche semblable. De même, la posologie du médicament était individualisée et réajustée d'une façon très méticuleuse. Cette vaste étude a montré que l'approche multimodale ajoutait peu à un médicament administré avec rigueur pour soulager les symptômes du TDAH. Elle atténuait toutefois les symptômes associés tels que l'opposition, les troubles de comportement, l'anxiété ou le piètre rendement scolaire. Les parents et les enseignants du groupe utilisant l'approche multimodale se déclaraient plus satisfaits du plan de traitement. La dose de médicament utilisée était plus faible aussi dans le groupe qui suivait le traitement multimodal que dans le groupe prenant le médicament seulement⁶.

L'approche comportementale vise à intervenir sur l'environnement de l'enfant pour modifier certains comportements indésirables. Elle est moins efficace que le médicament pour soulager les symptômes du TDAH, mais elle peut aider à surmonter les problèmes associés.

Sources d'information sur le TDAH*

Vous cherchez de l'information sur le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ? Voici quelques sources d'information valables :

Livres

Desjardins C, Lavigne S. *Ces enfants qui bougent trop*. Montréal : Quebecor, 2002.

Falardeau G. *Les enfants hyperactifs et lunatiques*. Éditions du Jour, 1997.

Lavigne S. *Ces parents à bout de souffle*. Montréal : Quebecor, 2002.

Destrempe-Marquez D, Lafleur L. *Les troubles d'apprentissage : comprendre et intervenir*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 1999.

Sauvé C. *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit d'attention*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 2000.

Cassette vidéo

Association québécoise pour les troubles d'apprentissage. *Un guide destiné aux parents sur le THADA, Programme Alliance Pharmascience*.

C'est une bonne cassette de 20 minutes qu'on peut se procurer dans les pharmacies.

Internet

Il y a beaucoup de sites où vous pouvez avoir une bonne information sur le TDAH, même au Québec. En fait, c'est probablement la meilleure source d'information si elle est bien utilisée. En voici quelques-uns :

Le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont publié en juin 2000 le rapport d'un comité-conseil sur le TDAH qui a fait le tour de la question en profondeur. Ce rapport peut être consulté sur le site du MEQ, soit : http://www.meq.gouv.qc.ca/REFORME/ritalin/m_ritalin.htm

L'Association québécoise pour les troubles d'apprentissage (AQETA) a un site assez complet : <http://www.aqeta.qc.ca>

Voici un site assez complet et très valable, fait pour les parents par un parent : <http://planete.qc.ca/sante/elaine/dhtml>

L'APEDAH (Association de parents d'enfants ayant un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) est une association de parents présente dans certaines régions et disposant d'un site Web : <http://www.apedah.qc.ca/index.htm>

De même, Panda (Parents aptes à négocier le déficit d'attention) est un groupe de parents présent dans certaines régions. L'Association Panda de l'Assomption semble particulièrement dynamique et a fait un site Web avec des hyperliens : <http://panda.cyberquebec.com/>

* Conçu et réalisé par Pierre Poulin, pédiatre, 2002.

Certains milieux offrent des rencontres éducatives à l'intention des parents (appelées parfois « groupes de Barkley »), où on leur transmet de l'in-

formation sur le TDAH, mais aussi des moyens concrets d'intervention et de modification du comportement.

La psychothérapie individuelle est

généralement peu utile pour ces patients, leur faible capacité d'introspection rendant ce type d'intervention peu efficace. Elle peut parfois devenir utile pour l'enfant plus vieux qui est anxieux ou dépressif, ou encore pour donner des stratégies de résolution de problèmes et de contrôle de l'impulsivité^{2,8,9}.

Vous avez aussi comme médecin un pouvoir de recommandation auprès de l'école, si vous croyez qu'un enfant a besoin d'une intervention orthopédagogique, psychologique ou éducative particulière. Il faut savoir que le directeur de l'école est la personne clé qui a la responsabilité de demander ce type de service et d'y donner priorité, et que c'est à lui que vous devez acheminer votre recommandation, verbalement ou, mieux encore, par écrit. Vous devez vous assurer auparavant d'avoir le consentement des parents – et du jeune s'il a plus de 14 ans – pour échanger de l'information avec d'autres intervenants.

Il existe dans plusieurs régions du Québec des groupes de soutien pour les parents, souvent appelés Panda ou APEDAH. Les rencontres organisées par ces groupes permettent aux parents de partager de l'information et de briser leur isolement.

Dans l'encadré, vous trouverez des références, sous forme de livres ou de sites Web, que vous pouvez photocopier et remettre aux parents.

Lorsque les interventions mises en place ne donnent pas les résultats escomptés, le médecin doit réviser son diagnostic². Il est possible qu'il ait omis ou sous-estimé un problème associé, comme un problème affectif, un dysfonctionnement familial, un trouble d'apprentissage, un trouble de conduite. Il ne doit alors pas hésiter à adresser son patient et sa famille à une

ressource offerte dans son milieu et disposant de l'expertise nécessaire : pédiatrie du développement, pédopsychiatrie, neuropédiatrie, services psychosociaux des CLSC, Centre jeunesse, etc.

LE MÉDECIN QUI ACCEPTE DE S'ENGAGER dans le traitement d'un enfant ou d'un adolescent souffrant d'un TDAH doit le faire dans une perspective à moyen et à long terme. Il doit établir un lien de collaboration et de complicité avec l'enfant et sa famille d'abord, mais aussi avec les professionnels des écoles. Il peut être convaincu qu'il va aider son patient et sa famille, la recherche prouvant hors de tout doute maintenant l'efficacité du traitement pharmacologique, appuyé au besoin par un traitement multimodal touchant toutes les difficultés de l'enfant ou de l'adolescent. Il doit être prêt à affronter les écueils et les difficultés qui surviendront en cours de route, en espérant améliorer pour le présent et l'avenir le sort de ces enfants. ☞

Date de réception : 4 février 2002.

Date d'acceptation : 9 juin 2002.

Mots clés : déficit de l'attention et hyperactivité, traitement, stimulants.

Bibliographie

1. Wender EH. Managing stimulant medication for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics in Review* 2001 ; 22 : 183-9.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001 ; 108 : 1033-44.
3. Miller KJ, Castellanos FX. Attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics in Review* 1998 ; 19 : 373-84.
4. Swanson J, Lerner M, March J, Gresham FM. Assessment and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder in the schools. Lessons from the MTA Study. *Pediatr Clin North Am* 1999 ; 45 : 993-1009.
5. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999 ; 104 : e20.
6. Jensen P, et al. 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 : 1073-86.
7. Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport J. Drug Therapy: Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 780-8.
8. Collège des médecins du Québec. *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*. CMQ-OPQ, septembre 2001.
9. Dulcan M, et al. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* octobre 1997 ; 36 (10 Suppl).

S U M M A R Y

The treatment of ADHD. The family doctor who wants to treat a patient with ADHD must take the necessary time to give all the information about this chronic disorder. Then he must establish realistic goals with the family and ways to attain them. As a doctor, he will be responsible for the pharmacologic treatment, but he might need to refer his patient to other resources for behavioral treatment. Stimulants are the first-line medication to select. Their efficacy has been well demonstrated on core symptoms of ADHD (hyperactivity, impulsivity and inattention). The doctor must ensure a proper follow-up to review side effects and to monitor goals of treatment. He must collect information from other sources than parents, especially the school, to evaluate the effects of treatment.

Key words: attention deficit/hyperactivity disorder, treatment, stimulants.

La version intégrale des textes du *Médecin du Québec* est maintenant disponible sur le site de la FMOQ en format PDF !

<http://www.fmoq.org>