



# **TDAH : Comprendre pour mieux intervenir**

**Annick Vincent MD**

**Novembre 2015**

Titre et date de la conférence : [La surveillance des troubles mentaux à partir des données du  
Nom du conférencier : \[Système intégré de surveillance des maladies chroniques du  
Québec \\(SISMACQ\\) – 5 novembre 2015\]\(#\)](#)

## FORMULAIRE DE DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊT POTENTIELS

### Déclaration de la personne ressource

J'ai actuellement, ou j'ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou intérêts de tout ordre avec une société commerciale ou je reçois une rémunération ou des redevances ou des octrois de recherche d'une société commerciale :

**non**

**oui**

# Dre Annick Vincent

## Conflits d'intérêts potentiels

**Conférencière et-ou comité aviséur:** (Honoraires professionnels)

BMS, Biovail, EliLilly, Janssen Ortho, Lundbeck, Purdue, Shire  
Medfar

**Livres:** (Droits d'auteur)

Mon cerveau a besoin de lunettes,

Mon cerveau a encore besoin de lunettes

My Brain Needs Glasses

My Brain Still Needs Glasses

**DVD,** avec l'IUSMQ: (Aucune subvention ni revenu de vente)

Portrait du TDAH et Portrait of ADHD

## **Sites web**

attentiondeficit-info.com : (Aucune subvention)

cliniquefocus.com (subventions pour le développement d'outils pour les personnes atteintes de TDAH et leurs proches)



TDAH

Comprendre  
pour mieux intervenir

Introduction

# Qu'est-ce que le TDAH?

**Trouble** du **Déficit** de l'**Attention** avec  
ou sans **Hyperactivité**

- **Trouble neurodéveloppemental fréquent et souvent chronique**  
(5-9% enfants<sup>1</sup>, 4% adultes<sup>2</sup>)
- **Prévalence mondiale relativement constante**<sup>3</sup>
- **Condition hétérogène** dans sa présentation et ses problèmes associées

*Comme la **génétique est fortement impliquée**, souvent **plusieurs personnes dans la même famille sont touchées par le TDAH***

1. Wender et al. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 931: 1-16.
2. Kessler RC et al. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-723.
3. Faraone et al. *World Psychiatry* 2003; 2: 104-14.

# TDAH

**T = Trouble**

Les symptômes du TDAH entraînent un impact fonctionnel.

- Vie quotidienne
- Vie familiale / sociale
- Vie scolaire
- Vie professionnelle

# Le jeune atteint de TDAH présente plus de risques de présenter :

- Problèmes d'apprentissage;
- Échecs scolaires;
- Diminution estime de soi;
- Dépression + anxiété;
- Problèmes de comportement;
- Accidents dont TCC



# Le TDAH dépasse les murs de l'école!

- ❑ Vie académique mais aussi professionnelle
- ❑ Vie quotidienne du matin au soir
- ❑ Vie familiale et avec les amis
- ❑ Auto-gestion
  - Temps, espace, organisation, émotions
  - Recherche du risque & impulsivité (accidents)
- ❑ Équilibre de vie
  - ✓ Hygiène de vie  
(alimentation-sommeil-activité physique)
  - ✓ Consommation  
(boissons énergisantes, tabac, alcool-drogues, temps d'écran, dépenses & budget)
- Conduite automobile mais aussi sexuelle
- Autonomie (ex.: épicerie-repas, ménage, gestion financière)



# L'adolescence, période charnière pour prédire les impacts du TDAH à long terme

## Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later

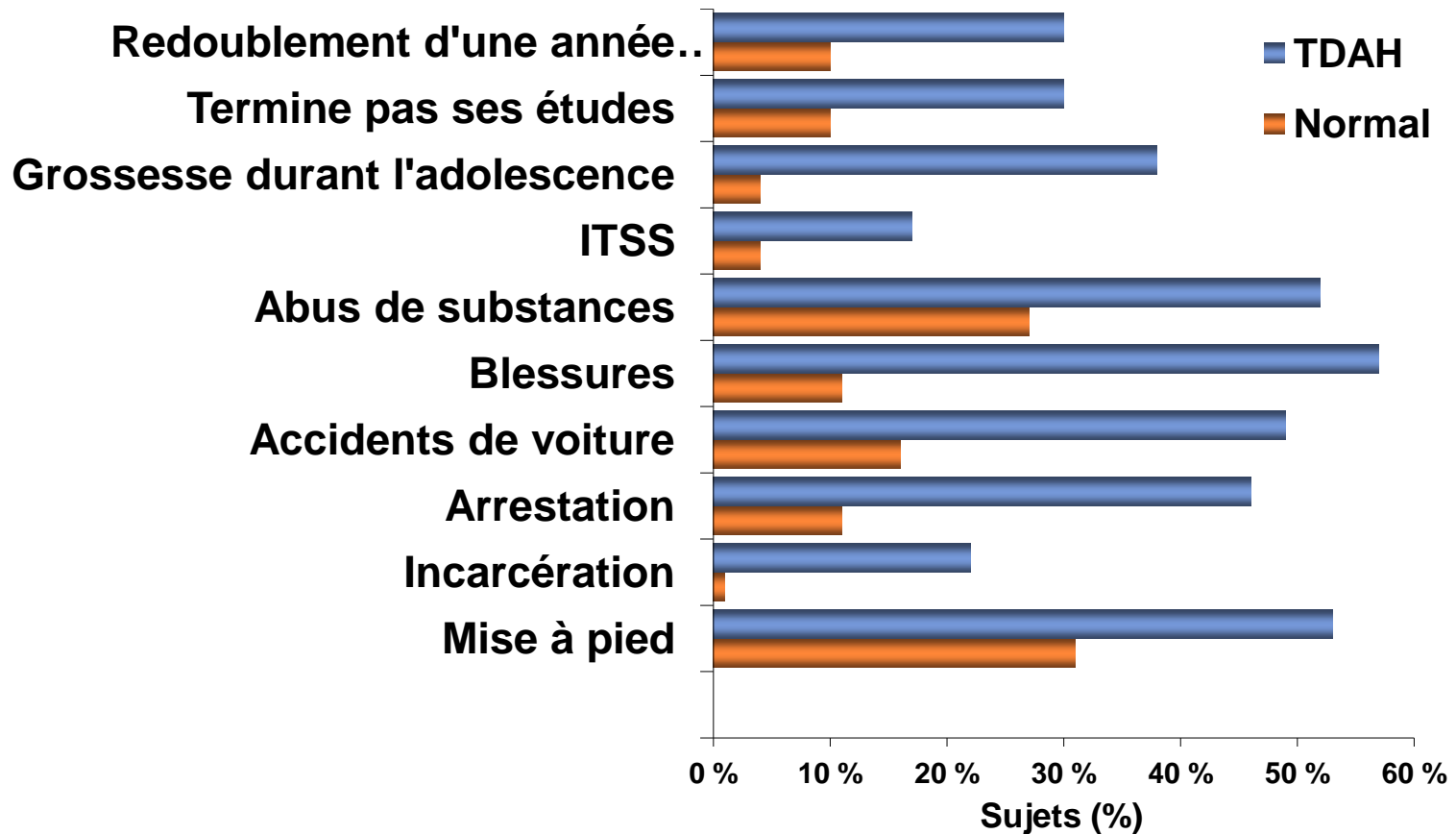
*Klein, RG; Mannuzza, S; Ramos Olazagasti, MA; Roizen, E; Hutchison, JA; Lashua, EC; F. Xavier Castellanos, FX Archives General Psychiatry 2012.271*

### Conclusions:

The multiple disadvantages predicted by childhood ADHD well into adulthood **began in adolescence**, without increased onsets of new disorders after 20 years of age.

Findings highlight the importance of extended monitoring and treatment of children

# Impacts du TDAH non traité ou de l'arrêt de traitement



1. Barkley. *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*, 1998;
2. Barkley *et al.* *JAACAP* 1990;
3. Biederman *et al.* *Arch Gen Psych* 1996;
4. Weiss *et al.* *JAACAP* 1985; 5. Satterfield, Schell. *JAACAP* 1997; 6. Biederman *et al.* *Am J Psych* 1995.

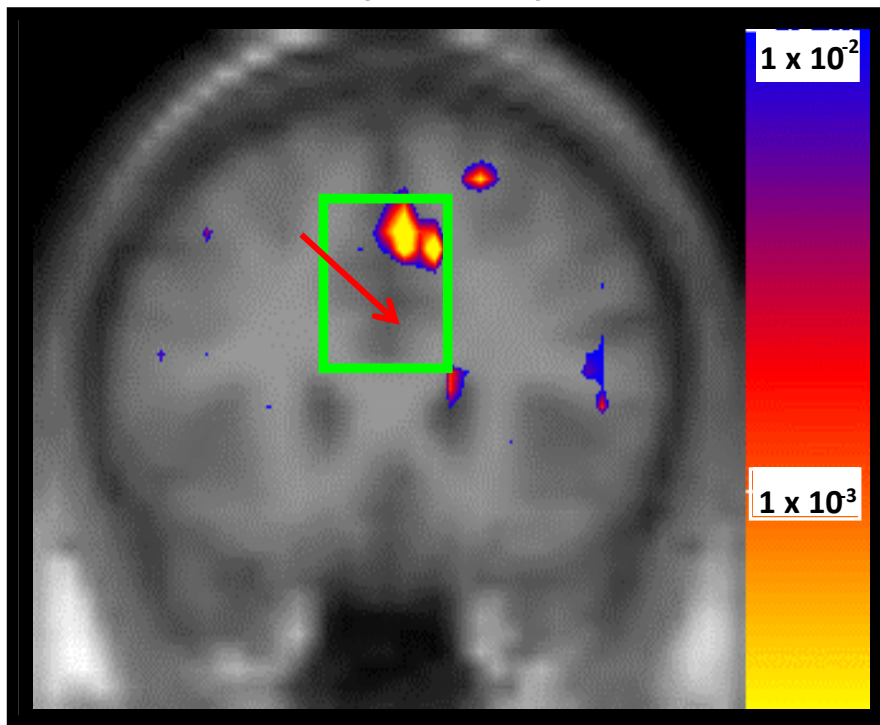
# TDAH

## D = Déficit ( et Différence !)

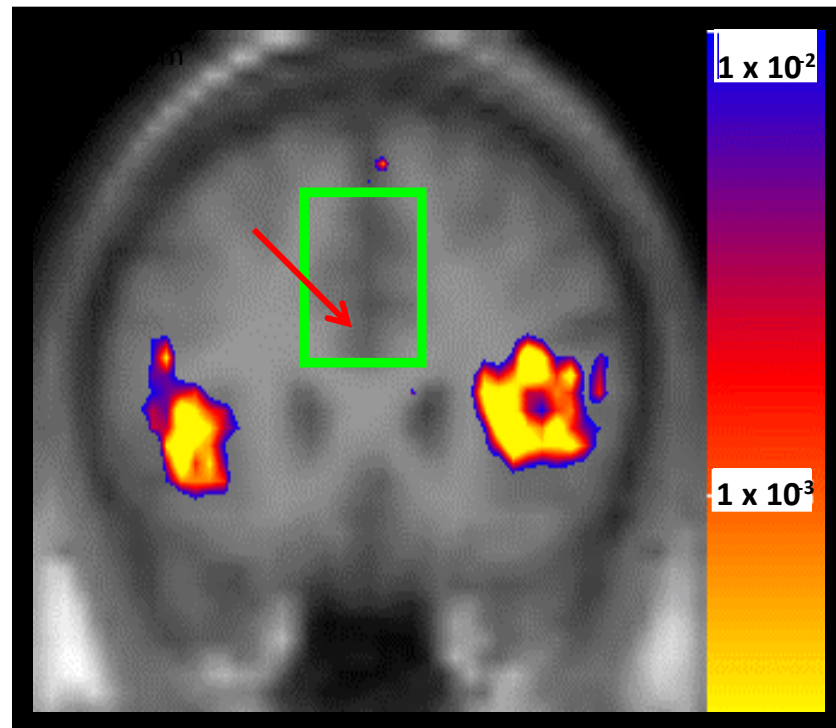
- Neuropsychologie
  - TDAH = Difficulté à moduler les idées, les mouvements, les gestes et même les émotions.
- Neuroimagerie cérébrale
  - Le cerveau des personnes atteintes de TDAH fonctionne différemment.
- Neurobiologie
  - Améliorer la neurotransmission de la dopamine et la noradrénaline réduit les symptômes de TDAH.

# TDAH : Différence dans la capacité à activer certains réseaux neuronaux du cerveau

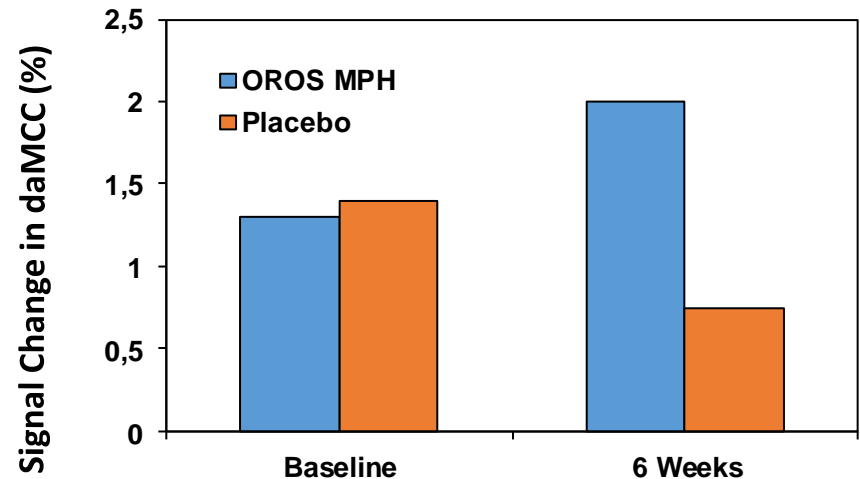
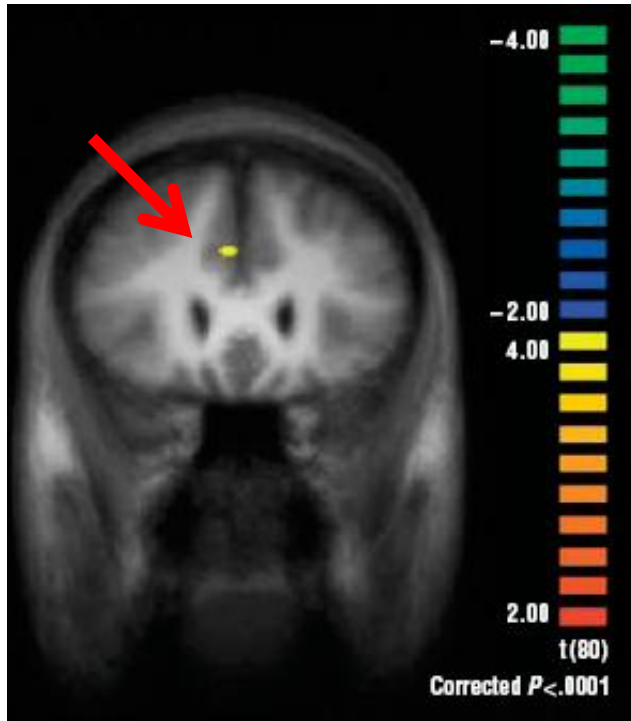
Contrôles (normal)



TDAH



# La médication TDAH peut aider à normaliser l'utilisation des réseaux pour rester attentif.



$P = 0.02$  vs PBO

- fMRI : niveau de base et semaine 6
- Groupe OROS MPH montre une activation région daMCC à 6 sem. vs PBO
- N=21 adultes avec TDAH; dose jusqu'à 1.3 mg/kg/day OROS MPH ou placebo

# TDAH

## A = Attention

Difficulté à s'automoduler :

- Idées, stimuli

Conséquences :

- Hypersensibilité aux stimuli distrayants.
- Erreurs d'inattention.
- Éparpillement à la tâche.
- Difficulté à démarrer & terminer, et à changer de tâche au bon moment.
- Difficultés organisationnelles.
- Oublis.
- Perte d'objets  
(... ou temporairement égarés!).

# TDAH

## H = Hyperactivité / Impulsivité



Difficulté à s'automoduler :

- Mouvements
- Comportements - Décisions
- Émotions

Conséquences :

- Hyperactivité motrice (bougeotte)
- Impulsivité (gestes & paroles)
- Humeur hyper-réactive

# TDAH adulte = souvent négligé

- Prévalence = 4% population générale
- Même si 50% des adultes avec TDAH consultaient en psychiatrie...
- 10% seulement avaient reçu un diagnostic et un traitement pour le TDAH

Kessler RC *et al.* *Am J Psychiatry* 2006;163:716-723.



# Trouble anxieux & Trouble de humeur: Dépister TDAH associé!

| <b>TDAH adulte comorbide avec</b> | <b>dans % des cas</b> |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Tout trouble anxieux              | 47                    |
| Tout trouble de l'humeur          | 38                    |
| Dysthymie                         | 13                    |
| Dépression majeure                | 19                    |
| Tr. Bipolaire                     | 19                    |

| <b>Chez les adulte atteints de</b> | <b>La prévalence de TDAH est (%)</b> |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| Dysthymie                          | 22                                   |
| Dépression majeure                 | 9                                    |
| Tr. Bipolaire                      | 21                                   |

N=3199 adultes

Kessler RC et al. *Am J Psychiatry*. 2006;163:716-723.



TDAH

Comprendre  
pour mieux intervenir

Diagnostic

Ce n'est pas parce qu'une  
personne bouge ou qu'elle est  
«dans la lune» que c'est  
nécessairement dû à un TDAH!

# Questionnaire = indice de présence d'un symptôme, PAS diagnostic!

|                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 3. Vous arrive-t-il souvent d'avoir des problèmes pour vous rappeler vos rendez-vous et vos obligations?                                                    |  |  |  |  |  |
| 4. Lorsque vous devez accomplir une tâche qui nécessite beaucoup de réflexion, vous arrive-t-il souvent d'éviter de la faire ou de la remettre à plus tard? |  |  |  |  |  |
| 5. Vous arrive-t-il souvent de remuer ou de vous tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une longue période de temps?      |  |  |  |  |  |
| 6. Vous arrive-t-il souvent de vous sentir exagérément actif et obligé de faire des choses, comme si vous étiez poussé par un moteur?                       |  |  |  |  |  |
| Partie A                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |
| 7. Vous arrive-t-il souvent de faire des fautes d'étourderie lorsque vous devez travailler sur un projet ennuyeux ou difficile?                             |  |  |  |  |  |
| 8. Vous arrive-t-il souvent d'avoir des difficultés à soutenir votre attention lorsque vous effectuez un travail ennuyeux ou répétitif?                     |  |  |  |  |  |
| 9. Vous arrive-t-il souvent d'avoir des difficultés à vous concentrer sur ce que les gens vous disent, même s'ils s'adressent à vous directement?           |  |  |  |  |  |
| 10. Vous arrive-t-il souvent de mal ranger ou d'avoir des difficultés à trouver les choses à la maison ou au travail?                                       |  |  |  |  |  |
| 11. Vous arrive-t-il souvent d'être distrait par l'activité ou le bruit environnant?                                                                        |  |  |  |  |  |

# Plusieurs problématiques peuvent compliquer le diagnostic et la prise en charge du TDAH

## Médicales

Problèmes cardiovasculaires  
Epilepsie et tics  
Trauma crânien/Commotion cérébrale  
Trouble thyroïdien  
Anémie  
Diabète  
Obésité  
Troubles en lien avec le sommeil  
Atteinte visuelle ou auditive

## Psychiatriques

Troubles de l'humeur  
Troubles anxieux  
Troubles psychotiques  
Abus de substances  
Trouble d'Opposition avec Provocation (TOP)  
Troubles de conduite  
Troubles de la Personnalité  
Troubles du spectre autistique (TSA)

## Autres

Troubles d'apprentissage (TA)  
Syndrome de dysfonctionnement non verbal (SDNV)  
Troubles du langage  
Trouble du développement de la Coordination  
Quotient intellectuel (QI) faible  
QI élevé  
Problématiques psychosociales

# Comment fait-on le diagnostic du TDAH?

- Aucun test sanguin, d'imagerie médicale ou de tests neuropsychologiques peut confirmer ou éliminer un diagnostic de TDAH
- Il existe des guides de pratique canadiens et québécois pour le diagnostic et les traitements du TDAH ([caddra.ca](http://caddra.ca))

# TDAH: Démarche diagnostique

**MD-psychologue-neuropsychologue**

**Diagnostic = clinique (critères DSM-5).**

**La démarche demande du temps + informations collatérales**

-En entrevue directe, le clinicien recherche:

- ✓ Symptômes (enfance, adolescence et adulte)
- ✓ Impacts & recherche de troubles associés
- ✓ Environnement-stresseurs
- ✓ Stratégies d'adaptation tentées
- ✓ Forces-intérêts

[caddra.ca](http://caddra.ca) (trousse CADDRA+vidéo explicatif)

[attentiondeficit-info.com](http://attentiondeficit-info.com)    [cliniquefocus.com](http://cliniquefocus.com) (trousses par groupe d'âge)





# TDAH

Comprendre  
pour mieux intervenir

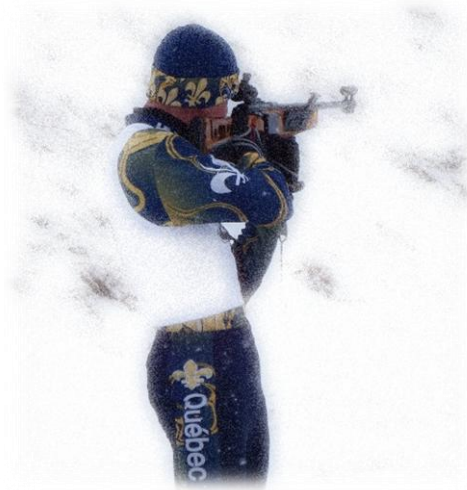
Stratégies  
d'interventions  
pharmacologiques et  
non pharmacologiques



# **Cibler nos interventions!**

**Identifier les symptômes mais aussi leurs impacts et leur moment permet de cibler:**

**pourquoi, comment et quand on intervient.**



# **TDAH: approche multimodale**

## **Interventions efficaces et traitements**

- **Psychoéducation**
- **Hygiène de vie et stratégies d'adaptation**
- **Pharmacothérapie spécifique TDAH**
- **Psychothérapie**
- **Programme éducationnel/professionnel adapté**
- **Traitement des conditions associées**

# **TDAH: approche multimodale**

## **Interventions efficaces et traitements**

### **EN PRIORITÉ**

**Comprendre comment le cerveau TDAH fonctionne  
et mettre des stratégies adaptatives en place**

**+**

**Favoriser bonne hygiène de vie:**

- ✓ Alimentation
- ✓ Sommeil
- ✓ Activité physique
- ✓ Réduire abus et surconsommation

Temps d'écran, drogues et alcool

# TDAH

Compenser.... Mais à quels coûts?

$$FC = (E+T) \times S$$

Fardeau **C**ompensatoire = **É**nergie + **T**emps

pour appliquer les **S**tratégies pour réduire les impacts  
des symptômes de TDAH



# TDAH : Traitement pharmacologique

- S'inscrit dans une approche multimodale et souvent multidisciplinaire
- Vise un objectif à long terme:
  - améliorer le fonctionnement et la qualité de vie
- Cible les symptômes et vise à en réduire les impacts
- Permet aux stratégies adaptatives d'être plus efficaces

Attention: il n'y a pas de recette magique!

# TDAH : Traitement pharmacologique



➤ Rôle correcteur de la médication pour le TDAH comme des lunettes pour le cerveau










- Variété de médicaments, mécanisme commun d'action dopaminergique ou noradrénergique
- Efficacité démontrée (enfant, ado, adulte)
- Bonne tolérabilité en général
- Ajustement doucement.
- Possibilité de répondeur préférentiel

Individualiser le traitement

Trouver le bon équilibre entre effets thérapeutiques et indésirables

# Aide-mémoire pour la Médication TDAH au QUÉBEC - septembre 2015



| Type de molécule et illustration des comprimés                                                                                                                                  | Mode de libération (% Immédiate / retardée) | Particularités                                                                     | Durée d'action | Posologie de départ*                                                   | Stratégie d'augmentation selon la monographie                                                                                                                                                                                   | Couverture RAMQ (code)                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Psychostimulants à base d'amphétamines</b>                                                                                                                                   |                                             |                                                                                    |                |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                 |
| <b>Dexédrine®</b><br>Comprimés 5 mg<br>                                                        | (100/0)                                     | Comprimé facilement écrasable                                                      | ~ 4 h          | Comprimé = 2.5 to 5 mg BID*                                            | ↑ 2.5 - 5 mg par pallier de 7J                                                                                                                                                                                                  | Couvert                                                                         |
| <b>Dexédrine®</b><br>Spansule 10, 15 mg<br>                                                    | (50/50)                                     | Spansule                                                                           | ~ 6 - 8 h      | Spansule = 10 mg die am                                                | Dose max./J : (die ou BID)<br>Tous âges = 40 mg                                                                                                                                                                                 | Couvert                                                                         |
| <b>Adderall XR®</b><br>Capsules 5, 10, 15, 20, 25, 30 mg<br>                                   | (50/50)                                     | Granules saupoudrables                                                             | ~ 12 h         | 5 - 10 mg die am*                                                      | ↑ 5 mg par pallier de 7J<br>Dose max./J<br>Enfant = 30 mg<br>Adolescent et adulte = 20 - 30 mg                                                                                                                                  | Médicament d'exception<br>Enfant-ado : (SN103)<br>Adulte (SN132)                |
| <b>Vyvanse®</b><br>Capsules 10, 20, 30, 40, 50, 60 mg<br>                                      | Promédicament                               | Contenu de la capsule soluble dans l'eau, le jus orange et le yogourt              | ~ 13 - 14 h    | 20 - 30 mg die am*                                                     | ↑ à la discrétion du médecin par pallier de 7J<br>Dose max./J :<br>Tous âges = 60 mg                                                                                                                                            | Médicament d'exception<br>Enfant-ado : (SN103)<br>Adulte (SN132)                |
| <b>Psychostimulants à base de méthylphénidate</b>                                                                                                                               |                                             |                                                                                    |                |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                 |
| <b>Méthylphénidate courte action</b><br>Comprimés 5 mg (générique)<br>10, 20 mg (Ritalin®)<br> | (100/0)                                     | Comprimé facilement écrasable                                                      | ~ 3 - 4 h      | 5 mg BID à TID*<br>Adulte = considérer QID                             | ↑ 5 mg par pallier de 7J<br>Dose max./J :<br>Tous âges = 60 mg                                                                                                                                                                  | Couvert                                                                         |
| <b>Biphentin®</b><br>Capsules 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60, 80 mg<br>                            | (40/60)                                     | Granules saupoudrables                                                             | ~ 10 - 12 h    | 10 - 20 mg die am*                                                     | ↑ 5 - 10 mg par pallier de 7J<br>Dose max./J :<br>Enfant et adolescent = 60 mg<br>Adulte = 80 mg                                                                                                                                | Médicament d'exception<br>Enfant-ado : (SN103)<br>Patient d'exception<br>Adulte |
| <b>Concerta®</b><br>Comprimés à libération prolongée 18, 27, 36, 54 mg<br>                     | (22/78)                                     | Comprimé (doit être avalé entier pour conserver le mécanisme de libération intact) | ~ 10 - 12 h    | 18 mg die am                                                           | ↑ 9 - 18 mg par pallier de 7J<br>Dose max./J :<br>Enfant = 54 mg<br>Adolescent = 54 mg / Adulte = 72 mg                                                                                                                         | Médicament d'exception<br>Enfant-ado : (SN103)<br>Adulte (SN132)                |
| <b>Non psychostimulant - Inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline</b>                                                                                               |                                             |                                                                                    |                |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                 |
| <b>Strattera<sup>MD</sup></b><br>(Atomoxetine)<br>Capsules 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg<br> | Non applicable                              | Capsule (doit être avalée entière pour réduire les effets secondaire GI)           | Jusqu'à 24 h   | Enfant et adolescent = 0.5 mg/kg/J*<br>Adulte = 40 mg<br>Die X 7-14 J* | Maintenir dose X 7 - 14 j avant d'ajuster :<br>Enfant = 0.8 puis 1.2 mg/kg/J<br>70 kg ou Adulte = 60 puis 80 mg/J<br>Dose max./J : 1.4 mg/kg/J ou 100 mg                                                                        | Médicament d'exception<br>Enfant-ado<br>Patient d'exception<br>Adulte           |
| <b>Non psychostimulant - Agoniste sélectif des récepteurs alpha-2A adrénergiques</b>                                                                                            |                                             |                                                                                    |                |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                 |
| <b>Intuniv XR®</b><br>(Guanfacine XR)<br>Comprimés à libération prolongée 1, 2, 3, 4 mg<br>  | Non applicable                              | Comprimé (doit être avalé entier pour conserver le mécanisme de libération intact) | Jusqu'à 24 h   | 1 mg die (am ou en soirée)                                             | Maintenir dose X minimum 7J avant d'ajuster par pallier ne dépassant pas 1 mg/semaine<br>Dose max./J : En monothérapie : 6-12 ans = 4 mg, 13-17 ans = 7 mg<br>En traitement d'appoint avec un psychostimulant : 6-17 ans = 4 mg | Médicament d'exception<br>Enfant-ado<br>Patient d'exception<br>Adulte           |

Note : La taille réelle des comprimés et capsules n'est pas celle illustrée. Pour les informations spécifiques concernant l'introduction, l'ajustement et le changement de la médication pour le TDAH, les cliniciens sont invités à consulter le guide de pratique canadien en TDAH ([www.caddra.ca](http://www.caddra.ca)). \*Ces doses de départ sont tirées des monographies de produit. CADDRA recommande de débuter en général avec la plus petite posologie disponible.

Document développé par Annick Vincent MD ([www.attentiondeficit-info.com](http://www.attentiondeficit-info.com)) et l'équipe de Direction des communications et de la philanthropie, Université Laval.

# Gestion de la médication TDAH

- ❑ Aucun profil clinique spécifique ne permet de prédire l'effet d'un traitement
- ❑ Pas de lien entre dose, poids ou sévérité des symptômes (pour les psychostimulants)
- ❑ Optimisation lente de la dose
- ❑ Cibles de traitement atteintes? Outils de suivi
- ❑ Si changement nécessaire, planifier le moment
- ❑ Maintien du traitement efficace
- ❑ Minimiser les oublis (dispill, dosett, alarme)
- ❑ Stable? Planifier période de ré-évaluation
- **Balancer effets thérapeutiques versus secondaires**





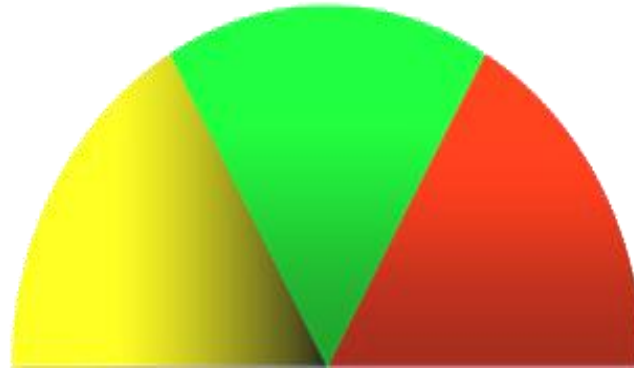
# Trouver le bon équilibre

**Taux de catécholamines**  
(dopamine et noradrénaline)

OPTIMAUX

INSUFFISANTS

EXCESSIFS



Inattentif  
**APATHIQUE**

Concentré  
**CALME**

Hyperfocus  
Hypervigilant  
**STRESSÉ**

# Qu'en est-il des approches dites alternatives?

Sonuga-Barke EJ et al. *Am J Psychiatry*. 2013 Mar;170(3):275-89

**Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments.**

- **Suppléments d'acides gras d'origine marine**

- Réduction des symptômes du TDAH petite mais significative

- ✓ Ne remplace pas la médication mais peut être utilisé comme **mesure d'appoint**

- **Exclusion des colorants alimentaires**

- Réduction des symptômes du TDAH significative seulement en cas d'intolérance...

- ✓ **Non recommandé** sauf en cas d'intolérance suspectée

- ✓ **Neurofeedback**

- ✓ **Entraînement cognitif**

- ✓ **Diètes d'élimination (restrictives)**

- ✓ **NON recommandé** comme traitement spécifique du TDAH

- **Considérés comme méthodes expérimentales**

# Conseils de nos **champions**



Développe tes passions

Relève des défis

Ose ta créativité

Aies du plaisir

Développe des liens significatifs

**Va chercher de l'aide au besoin**

Notre organisation de services d'évaluation et de traitement permet-elle un accès en temps opportun ?



# Ressources suggérées

## Associations TDAH

- ◆ Associations PANDA
  - ◆ Dont PANDA Capitale Nationale
- ◆ TDAH Mauricie
- ◆ TDAH Estrie
- ◆ Caddac
- ◆ Caddra  
(lignes de pratiques canadiennes)

- ◆ [attentiondeficit-info.com](http://attentiondeficit-info.com)
- ◆ [cliniquefocus.com](http://cliniquefocus.com)



Prix  
ims | brogan  
Awards

Information TDAH  
Trucs et astuces  
Liste de ressources  
Portfolios d'évaluation  
Vidéos  
Conférences

Médecin du Québec, Août 2013,  
Spécial Focus sur le TDAH

*Prix projet de développement professionnel 2013  
Association des Médecins Psychiatres du Québec*



*Merci  
de votre attention!*



**Questions ?**