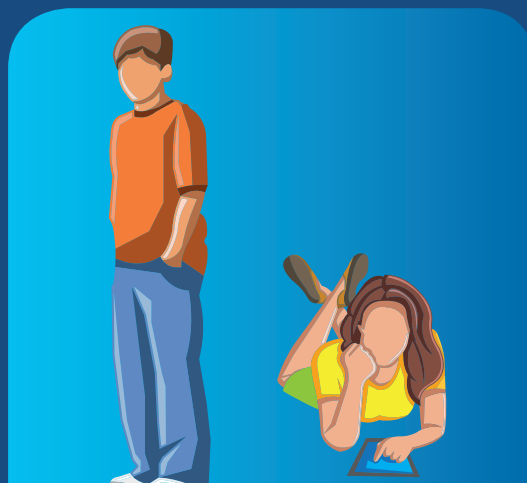


QUELQUES QUESTIONS
À PROPOS DU

TDAH chez l'adolescent



 **Shire**

QU'EST-CE QUE

L'adolescence ?

Si l'enfance commence à la naissance, la **définition de l'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge l'adulte**, demeure plus floue. Les critères ont évolué et ne sont pas identiques d'un pays à l'autre. Plusieurs axes de réflexions ont été proposés dans le "Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent" rédigé en 2006 par le Pr Danièle Sommelet à la demande du Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille.¹

LA DÉFINITION DE L'ADOLESCENCE PEUT ÊTRE :

Physiologique¹, reposant sur le **développement pubertaire** : mais les âges de début (11 à 13 ans pour les garçons, 10 à 12 ans pour les filles) et d'achèvement (14 à 18-20 ans) sont variables. Cette définition a longtemps guidé la réglementation de l'hospitalisation dans les services de pédiatrie, en dépit de son caractère réducteur.

Psychosociale¹ : époque de **mutation sur le plan du corps et de la psyché**, de dialectique intense et douloureuse entre rapprochement et distanciation avec les parents, période des paradoxes et des contradictions, des prises de risque, évolution vers l'indépendance socio-économique. La limite supérieure est alors mal définie et peut dépasser 24 ans.

Chronologique¹, définie par l'OMS en trois groupes d'âges : 10-14 ans, la préadolescence, 15-19 ans, l'adolescence et 20-24 ans, la post-adolescence. Cette définition contribue à faciliter les études épidémiologiques, mais comporte le risque d'un découpage arbitraire de l'offre de prise en charge des problèmes de santé ; or, il faut tenir compte d'un continuum justifiant pour certains d'entre eux *une politique de santé des jeunes, allant de 0 à 24 ans*.

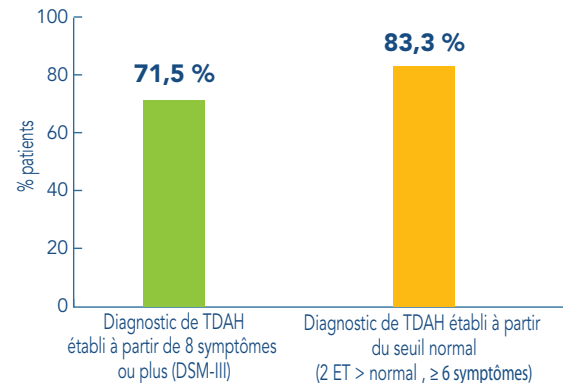
Légale¹ : la convention internationale des **droits de l'enfant** (signée à New-York en Novembre 1998 et ratifiée par la France en 1990) définit l'enfant "comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable". Ceci correspond à la majorité légale en France ainsi qu'aux recommandations actuelles sur les conditions de prise en charge dans les établissements de santé : les adolescents peuvent être accueillis, selon leur choix dans les services de pédiatrie jusqu'à 18 ans.



LE TDAH EXISTE-T-IL À l'adolescence ?

Auparavant, on considérait classiquement que les symptômes du TDAH disparaissaient à l'adolescence. Mais, des études longitudinales contrôlées ont mis en évidence des **taux élevés de TDAH** et des troubles de conduite, ainsi que de multiples autres dysfonctionnements, au **cours de l'adolescence**. L'évolution à long terme du TDAH de l'enfant est donc une préoccupation importante.²

Dans l'étude de Barkley et al. (1990)³, 123 enfants ayant un TDAH diagnostiqué durant l'enfance (entre 4 et 12 ans) ont été suivis pendant 8 ans et comparés à un groupe d'enfants témoins (n = 66). Les résultats de cette étude montrent que **71,5 à 83,3 % des enfants souffrent encore d'un TDAH à l'adolescence**.³



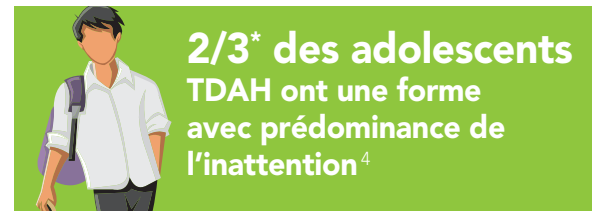
D'après tableau 2, p.550 de la référence 3

Cinq études prospectives ont suivi des pré-adolescents atteints de TDAH jusqu'au début de l'âge adulte (21-27 ans). Toutes ces études ont montré des taux plus élevés des symptômes de TDAH ainsi que des troubles de la personnalité antisociale chez les patients avec TDAH comparativement aux sujets sans TDAH à l'inclusion.²

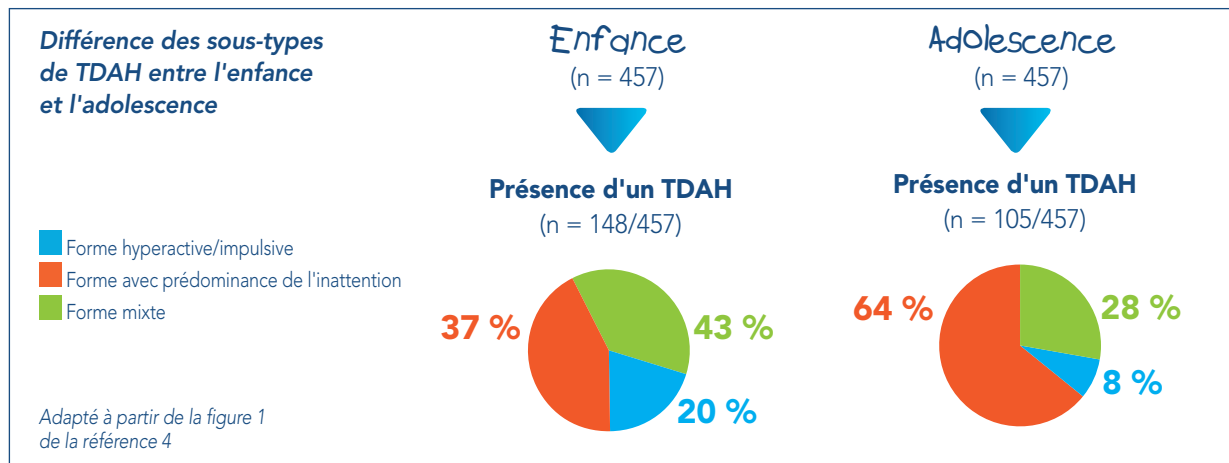
COMMENT SE PRÉSENTE LE TDAH de l'adolescent ?

Une étude publiée en 2007 par Hurtig T. et al. a évalué les symptômes et les sous-types de TDAH selon le DSM-IV, chez l'enfant et chez l'adolescent.⁴ 457 adolescents âgés de 16 à 18 ans à partir de la cohorte de naissance Finlandaise 1986 ont participé à cette enquête épidémiologique. Après évaluation diagnostique, les jeunes atteints de TDAH en cours et/ou lors de leur enfance ont été classés selon les critères du DSM-IV. Le diagnostic de TDAH au cours de l'enfance a été conduit de manière rétrospective. Les caractéristiques et symptômes de TDAH au cours de l'enfance et/ou de l'adolescence ont été étudiés en tenant compte d'éventuels troubles du comportement et d'un historique parental de troubles de l'attention.⁴

Cette étude confirme que le TDAH est plus fréquemment rapporté dans l'enfance qu'à l'adolescence (n = 148 versus n = 105) et qu'il existe des variations de sous-type de TDAH entre l'enfant et l'adolescent. Le TDAH avec prédominance de l'inattention domine pendant l'adolescence.



* Calculé à partir des données de l'étude de la référence 4

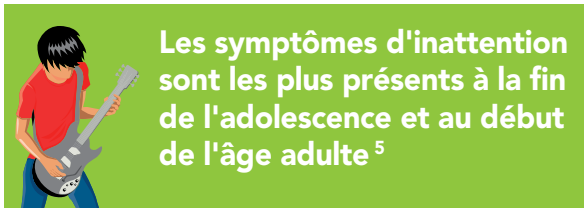


De même, l'équipe de Beiderman et al. (2004)⁵ a spécifiquement étudié l'évolution des symptômes du TDAH entre l'enfance et l'âge adulte.⁵ Des sujets atteints de TDAH (n = 128) ont été examinés à plusieurs reprises pendant 4 ans pour estimer la prévalence des différents symptômes selon les groupes d'âge. Les auteurs ont évalué :

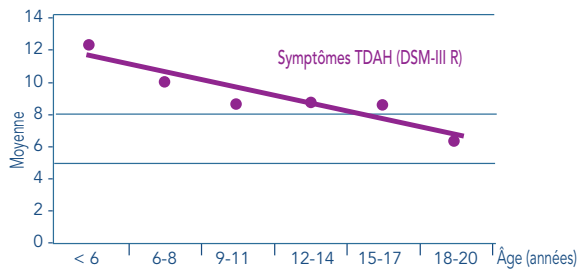
- les symptômes présents à l'apparition du trouble (rapportés rétrospectivement)
- les symptômes présents à l'inclusion dans l'étude
- les symptômes présents après 1 an de suivi
- les symptômes présents au début de la période des 4 ans de suivi
- les symptômes présents à la fin des 4 ans de suivi.

Le nombre moyen des symptômes, chez l'enfant et chez l'adolescent, a été modélisé selon l'âge.

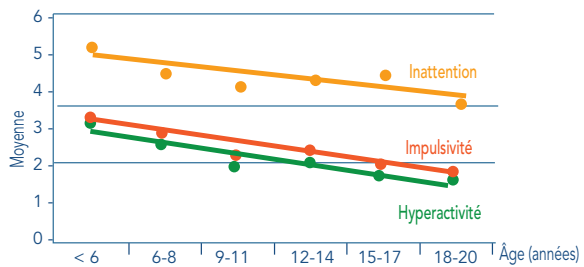
L'âge était significativement corrélé avec la diminution du nombre total des symptômes du TDAH et avec la diminution de chaque sous-groupe de symptômes. Cependant le nombre moyen des symptômes n'a pas baissé en-dessous du seuil d'existence d'un symptôme. En moyenne, les symptômes d'inattention sont restés les plus présents avec l'avancée en âge.⁵



Réduction des symptômes du TDAH en fonction de l'âge



Extrait de la figure 1 de la référence 5



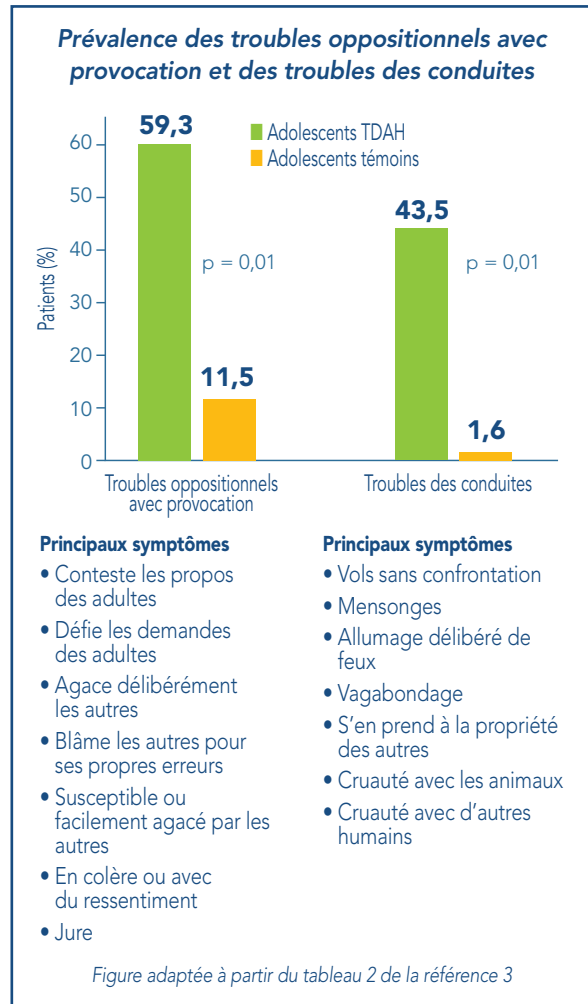
Adapté de la figure 1 de la référence 5

Dans l'étude de Barkley, les symptômes observés plus fréquemment chez les adolescents souffrant de TDAH étaient la bougeotte, la difficulté à rester assis, la facilité à être distrait, la difficulté à attendre son tour, à retenir ses réponses, à suivre des instructions, à soutenir son attention, le passage d'une activité à une autre, le fait de parler sans arrêt, de ne pas écouter, de perdre ses affaires, enfin, l'implication dans des conduites à risque ($p = 0,01$).³

QUELLES SONT LES SPÉCIFICITÉS DU TDAH de l'adolescent ?

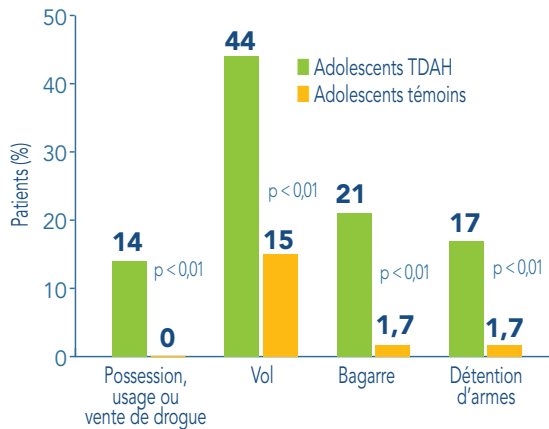
Les cinq études prospectives qui ont suivi des pré-adolescents atteints de TDAH jusqu'au début de l'âge adulte ont mis en exergue des taux élevés de troubles de la personnalité antisociale chez les patients avec TDAH comparativement aux sujets sans TDAH.²

De même, l'étude de Barkley rapporte que 59,3 % des adolescents souffrant d'un TDAH avaient un trouble oppositionnel avec provocation. Les taux d'actes antisociaux étaient considérablement plus élevés chez ces patients.³





Prévalence des actes antisociaux et de la délinquance



Extrait du tableau 3 de la référence 3

Au sein de la population incluse dans l'étude de Barkley, 17 adolescents sur 123 souffrant de TDAH (13,8 %) et 9 sur 66 adolescents témoins (13,6 %) avaient leur permis de conduire. Parmi ces jeunes conducteurs, 46 % du

groupe TDAH et 33 % du groupe témoin ont eu au moins un accident de voiture. Cette différence entre les 2 groupes n'est pas statistiquement significative. Par ailleurs, 5 adolescents souffrant de TDAH, qui conduisaient malgré l'absence de permis de conduire, ont eu un accident de voiture. Aucun cas analogue n'a été observé chez les témoins. **Au total, si l'on regarde le taux d'accidents de voiture, sans tenir compte du permis de conduire, 13 adolescents TDAH (10,5 %) ont eu un accident contre 3 (4,5 %) adolescents témoins.** Cette différence n'est toutefois pas significative.³

Concernant l'abus de substances rapporté par les jeunes eux-mêmes, seule la consommation de tabac était significativement plus importante chez les adolescents TDAH comparés aux adolescents témoins (49 vs 30 %). Si l'on prend aussi en compte le témoignage de la mère, la consommation d'alcool était aussi un peu plus importante. **Quant à la marijuana, sa consommation était 2 à 5 fois supérieure chez les adolescents souffrant à la fois de TDAH et de trouble du comportement par rapport aux adolescents TDAH sans comorbidité psychiatrique.**³

Comme on pouvait s'y attendre, tous ces paramètres sont associés à des difficultés sur le plan académique se traduisant par des retards scolaires, voire des suspensions.³

Les suspensions scolaires (67,4 % vs 30,6 %, $p < 0,01$) sont encore plus importantes chez les adolescents souffrant à la fois de TDAH et de comorbidité psychiatrique de type trouble du comportement.³

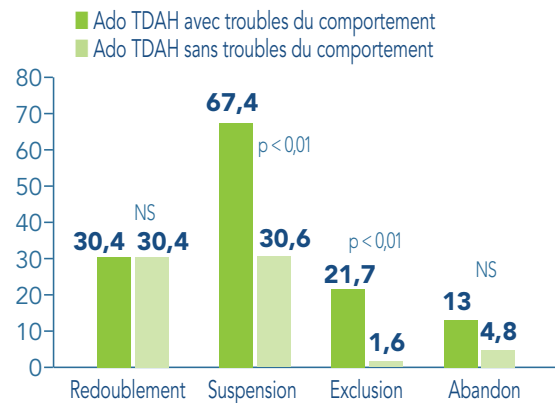
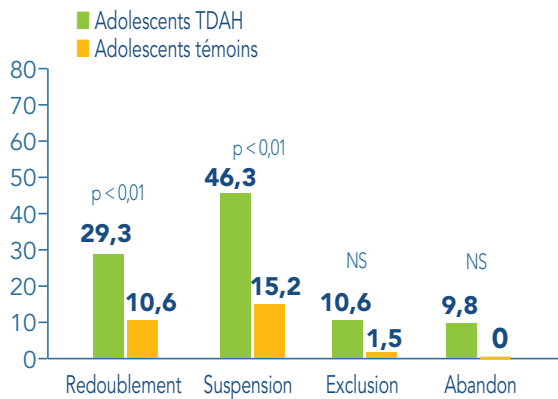


Difficultés scolaires
plus importantes chez
les adolescents TDAH ³



Chez les adolescents TDAH,
l'association d'un trouble
du comportement aggrave
les échecs scolaires ³

Prévalence des problèmes scolaires chez les adolescents TDAH vs contrôles et
chez les adolescents sans troubles du comportement vs adolescents avec troubles du comportement



Adapté du tableau 5 de la référence 3



QUELLES SONT LES SPÉCIFICITÉS DE LA prise en charge de l'adolescent ?

Plusieurs aspects de la prise en charge sont spécifiques chez l'adolescent.⁶

L'alliance thérapeutique⁶

Il est nécessaire de travailler directement avec les adolescents via une relation médecin/patient, en assurant la confidentialité. Il est **essentiel d'utiliser un langage que les adolescents peuvent comprendre**. Comme première étape, il est important de demander aux parents de nommer les forces de leur adolescent. En agissant ainsi, l'adolescent voit que le médecin est intéressé aussi à ses attributs positifs et pas juste à ses faiblesses.

L'adolescent devrait aussi être vu seul afin d'obtenir l'information sur les facteurs de risque tels que la conduite automobile, les activités illicites, le tabac, la consommation de drogues, l'activité sexuelle, les questions d'intimidation et d'identité sexuelle de même que les conflits interpersonnels et familiaux. **Une évaluation de leurs relations avec leurs pairs permet de mieux comprendre leur développement social** et de signaler tout comportement à risque.

La collecte d'informations⁶

Les adolescents atteints de TDAH ne sont pas toujours les meilleures personnes pour raconter leur histoire personnelle en raison de leur perception centrée sur

eux-mêmes et de leur tendance à rejeter le blâme sur les autres. **Le contact direct avec le conseiller d'orientation ou le psychologue scolaire peut être utile**, car ils peuvent être en mesure de coordonner la collecte des questionnaires et de la documentation pertinente provenant des enseignants.

Participation⁶

L'observance des adolescents au traitement peut être très pauvre, et on sait que 48 - 68 % des adolescents arrêtent leurs médicaments, bien que l'utilisation d'une posologie unique quotidienne améliore l'adhésion.

La psychoéducation est un outil très utile afin d'aider à assurer l'adhésion au traitement en rendant les adolescents partenaires dans la thérapie. La connaissance du niveau d'acceptation du diagnostic par l'adolescent permettra de déterminer si une intervention est nécessaire pour combattre la résistance.

D'autres facteurs importants permettent d'améliorer la participation. Ce sont la stabilité familiale, le concept de soi, la nécessité d'un contrôle, une plus grande motivation, des schémas thérapeutiques simplifiés et de faibles effets secondaires aux médicaments.

RÉFÉRENCES

bibliographiques

- 1• Sommelet D. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. 28 Octobre 2006.
- 2• Klein RG. *et al.* Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later. *Arch Gen Psychiatry*. Published online October 15, 2012. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.271.
- 3• Barkley RA., Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, I: an 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(4):546-557.
- 4• Hurtig T., *et al.* ADHD Symptoms and Subtypes: Relationship Between Childhood and Adolescent Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Dec;46(12):1605-13.
- 5• Mick E. *et al.* Age-dependent expression of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychiatr Clin North Am*. 2004 Jun;27(2):215-24.
- 6• CADDRA. Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. Troisième édition (2011). Chapitre 4 : Questions spécifiques au traitement du TDAH chez les adolescents.







Shire France S.A. 88, rue du Dôme
92514 Boulogne-Billancourt Cedex