

Université de Lille

Année Universitaire 2025 / 2026

Département de Pharmacie de Lille

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le 10 décembre 2025

Par Mme POPIEUL Julie

**Prise en charge de l'hyperactivité chez l'enfant âgé de 6 ans ou plus
et place du pharmacien d'officine dans son accompagnement**


Membres du jury :

Président : DINE, Thierry, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, Université de Lille et Groupe Hospitalier Loos Haubourdin

Directeur, conseiller de thèse : MASSE, Morgane, Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier, Université et CHU de Lille

Assesseur : MERLEN, Jean, Docteur en Pharmacie, Pharmacie de la Liberté

Assesseur : WINKLER, Juline, Docteur en Pharmacie, Pharmacie de la Pimprenelle

	LISTE GÉRÉE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page PAGE 10/ NUMPAGES * ARABIC 11

Université de Lille

Président	Régis BORDET
Premier Vice-président	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-présidente Formation	Corinne ROBACZEWSKI
Vice-président Recherche	Olivier COLOT
Vice-président Ressources Humaine	Jean-Philippe TRICOIT
Directrice Générale des Services	Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen	Dominique LACROIX
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité	Hervé HUBERT
Vice-Doyenne Recherche	Karine FAURE
Vice-Doyen Finances et Patrimoine	Emmanuelle LIPKA
Vice-Doyen International	Vincent DERAMECOURT
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires	Sébastien D'HARANCY
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie	Caroline LANIER
Vice-Doyen Territoire-Partenariats	Thomas MORGENROTH
Vice-Doyen Santé numérique et Communication	Vincent SOBANSKI
Vice-Doyenne Vie de Campus	Anne-Laure BARBOTIN

Vice-Doyen étudiant

Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen

Pascal ODOU

Premier Assesseur et

Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement

Anne GARAT

Assesseur à la Vie de la Faculté et

Assesseur aux Ressources et Personnels

Emmanuelle LIPKA

Responsable de l'Administration et du Pilotage

Cyrille PORTA

Représentant étudiant

Honoré GUISE

Chargé de mission 1er cycle

Philippe GERVOIS

Chargée de mission 2eme cycle

Héloïse HENRY

Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche

Nicolas WILLAND

Chargé de mission Relations Internationales

Christophe FURMAN

Chargée de Mission Qualité

Marie-Françoise ODOU

Chargé de mission dossier HCERES

Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87

Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85

Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80

Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLU M	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86

Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26

Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85

Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85

M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	

Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	
-----	---------	-------	-------------------	--

Hospitolo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	

M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREME AU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

Version	Modifié par	Date	Principales modifications
1.0			Création
2.0			Mise à jour
2.1			Mise à jour
2.2			Mise à jour

UFR3S-Pharmacie

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

UFR3S-Pharmacie - 3, rue du Professeur Laguesse - 59000 Lille

T.+33 (0)3 20 96 40 40 - <https://pharmacie.univ-lille.fr>

Remerciements

Je remercie tout d'abord **Monsieur Thierry Dine**, de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse et d'avoir consacré de son temps à cette soutenance.

Un immense merci à **Madame Morgane Masse**, qui a accepté sans hésitation de m'accompagner tout au long de ce travail. Merci pour votre réactivité, et la qualité de vos conseils, qui ont été essentiels tout au long de la rédaction.

Ma profonde gratitude va également à **Madame Juline Winkler**, pour avoir accepté avec enthousiasme de me suivre dans ce parcours. Merci à toi pour ton soutien quotidien, pour le partage de ton savoir et de ta passion pour ce métier qui sera bientôt le mien. Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts, d'avoir été présente dans les bons comme dans les moments plus difficiles. C'est un véritable honneur de pouvoir bénéficier de ton expertise et de ton accompagnement aussi bien durant ma formation que je l'espère le reste de ma carrière.

Je tiens à remercier **Monsieur Jean Merlen**, ancien collègue et futur confrère, pour sa présence précieuse en ce jour de soutenance. Merci de m'avoir ouvert les portes de l'univers de la pharmacie et de m'avoir transmis le goût du métier, en particulier celui du comptoir.

Je souhaite adresser ma reconnaissance à **toute l'équipe de la Pharmacie de la Pimprenelle**, qui m'a accompagnée et guidée avec bienveillance au fil de ces dernières années. Un remerciement tout particulier à **Madame Dewalckenaere**, pour la confiance qu'elle m'a accordée et pour m'avoir permis d'évoluer au sein de sa pharmacie. Je tiens également à remercier sincèrement **Madame Laetitia Vallée**, sans qui ce travail n'aurait pas été d'une telle qualité. Merci d'avoir consacré tant de temps à la relecture et à la correction de ce mémoire, et de m'accompagner au quotidien dans la compréhension de ce métier. Ton implication m'a permis de mieux

appréhender l'importance du conseil au comptoir, et je t'en suis profondément reconnaissante.

Je tiens également à remercier **l'ensemble des équipes des pharmacies** dans lesquelles j'ai eu la chance de travailler au fil de mon parcours : la **Pharmacie Bouton**, la **Pharmacie de la République**, la **Pharmacie de la Liberté**, la **Pharmacie Candelier**, la **Pharmacie Centrale**, la **Pharmacie du Port**, ainsi que **toutes les autres officines** qui m'ont accueillie. Merci de m'avoir permis d'apprendre, de me former, de progresser, et parfois même de me dépasser. Ces expériences ont été essentielles dans la construction de ma pratique professionnelle.

Je souhaite également remercier **Madame Baraux Nadège**, qui a été une collègue précieuse au cours d'une année particulièrement difficile. Merci d'avoir toujours été à mes côtés, de m'avoir soutenue avec bienveillance et d'avoir su me guider dans ce monde qui n'est pas toujours simple à appréhender.

Mes remerciements s'adressent aussi à **toutes les personnes rencontrées au cours de mes stages**, aussi bien en officine qu'en milieu hospitalier, pour leur accueil, leurs partages d'expérience et leurs enseignements.

Je souhaite remercier **Madame Christine Demanche**, qui a su m'être d'un soutien infaillible au cours de ces années d'études. Je remercie tout particulièrement **Madame Claire Pinçon**, pour son aide précieuse dans l'analyse des résultats de mon questionnaire. Ainsi que **Madame Sevser Sahpaz** pour son retour sur la partie "Approche thérapeutique complémentaire en dehors des traitements conventionnels"

Merci **Papou**, d'être le père que tu es, d'avoir été présent à chaque étape de ma vie, dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci d'avoir toujours cru en moi, même lorsque moi-même je doutais. Merci d'avoir su faire de ton mieux, même quand ce n'était pas facile. Merci enfin d'avoir transmis à Rémy et à moi les valeurs qui font de nous les jeunes adultes que nous sommes aujourd'hui. Je te serai éternellement reconnaissante pour tout ce que tu as fait et continue de faire pour

moi. Je remercie également **Lydie**, pour ton soutien quotidien et pour ta bienveillance.

Merci **Marraine**, d'avoir su être à la fois une maman et une mamie pour moi. Merci de croire en nous, inlassablement. Tu es une véritable source d'inspiration : une femme forte, sur qui l'on peut toujours compter. J'espère suivre un jour le même chemin que toi, avec autant de force, de cœur et de dignité. Tu es, et resteras, une grande dame à mes yeux.

Je remercie aussi ma belle étoile, qui veille sur moi depuis de nombreuses années. **Papy**, j'espère que tu es fier de la jeune femme que je suis devenue. Tu es toujours présent dans mes pensées.

Merci **Rémy**, d'être le grand frère que tu es. Présent presque chaque jour, toujours à l'écoute, que ce soit pour mes rires ou mes larmes. Merci de me soutenir dans tous les projets que j'entreprends, même quand ils te semblent un peu flous. Merci aussi de toujours m'accueillir, **Émilie** et toi, avec tant de chaleur et de simplicité. **Merci Émilie**, pour ta patience inépuisable : ces longues heures à me faire réciter mes cours, à relire mes mails, à m'aider encore et encore... Je ne les oublierai jamais. Merci à vous deux de m'avoir offert le plus beau rôle de ma vie : celui de marraine. **Léo**, ce petit bout de vie, ce petit guerrier, qui, par son courage, son jeune âge et sa force, nous montre chaque jour à quel point il est exceptionnel. Merci à cette petite crevette d'avoir rallumé en moi une lumière au moment où la mienne vacillait. Marraine est fière de toi, plus que tu ne peux l'imaginer.

Je termine ces longs remerciements en pensant à mes amies que j'ai pu me faire au cours de ces années d'études.

Merci **Marine** et **Norélia**, mes amies de toujours, pour leur présence indéfectible à mes côtés, malgré la distance qui nous sépare.

Merci **Julie**, sans qui ce sujet de thèse n'aurait jamais vu le jour. Merci d'avoir partagé avec moi trois années de BU, de RU, de soirées, de révisions. Je te souhaite tout le meilleur dans ta vie personnelle et professionnelle.

Merci **Alexine**, d'être l'amie fidèle que tu es, toujours présente au moindre de mes appels, et désormais une véritable membre de ma famille.

Merci **Élise D** et **Élise V**, pour votre soutien précieux durant ces dernières années d'études, pour les longues soirées de révisions, et pour avoir partagé avec moi certains des plus beaux voyages de ma vie. Merci d'être à mes côtés.

Merci **Clotilde**, d'avoir passé des soirées entières à m'expliquer des notions complexes, et d'avoir partagé avec moi ces années d'études, nos week-ends, nos Nouvel An, et tant d'autres moments précieux. Un avenir heureux nous attend.

Merci **Chloé**, pour ton aide précieuse dans la réalisation des figures de ce travail, et surtout, merci d'être une amie extraordinaire.

Merci également à **Pauline, Céline, Élena, Louise, Lou, Alix** mes futurs consœurs, pour avoir partagé un bout de chemin vers la réussite de nos projets professionnels, pour nos moments à la cafet', nos sessions de révision, mais aussi nos moments d'apéro.

Enfin, merci à toutes celles et ceux que je n'ai pas cités ici, mais qui ont suivi mon parcours et m'ont soutenue d'une manière ou d'une autre.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations.....	24
Liste des figures.....	26
Liste des tableaux.....	28
Liste des Annexes.....	29
Introduction.....	30
Partie 1 : Les Troubles du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH).....	32
Chapitre 1 : Comprendre le TDAH : définitions, classifications et regard Sociétal.....	32
1) Définition médicale.....	32
2) Définition vulgarisée.....	33
3) Pourquoi choisir le DSM-5 par rapport à la CIM-10 dans la classification du TDAH ?.....	34
4) Quand la société juge : idées reçues et stigmatisation des parents d'enfants atteints de TDAH.....	35
5) TDAH dans le monde : données épidémiologiques et disparités régionales.....	36
Chapitre 2 : Histoire et reconnaissance du TDAH.....	38
1) Historique de l'identification du TDAH.....	38
a) 18 siècle.....	38
2) Ecrits et romans historiques.....	40
Chapitre 3 : Les différentes formes du TDAH : une classification essentielle.....	41
1) Inattention.....	42
2) Hyperactivité.....	42
3) Impulsivité.....	45
4) Forme combinée.....	45
Chapitre 4 : le diagnostic du TDAH : étapes, critères et enjeux.....	47
1) Critères.....	47
a) Temporalité.....	47
b) Circonstances et déroulé d'un diagnostic.....	47
3) Clinique.....	50
Chapitre 5 : Les coulisses du TDAH : processus de survenue et facteurs déclenchants.....	52
1) Facteurs neurologiques.....	52
2) Facteurs biologiques.....	53
3) Facteurs génétiques.....	56
4) Facteurs environnementaux.....	56
5) Comorbidités.....	57
a) Définitions des différentes comorbidités.....	58
Partie 2 : Prise en charge du TDAH.....	61
Chapitre 1 : Prise en charge non médicamenteuse du TDAH chez l'enfant.....	61
1) Les interventions générales.....	61
a) La psychoéducation.....	61
b) Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).....	62

c) La régulation des émotions.....	63
d) La remédiation cognitive.....	65
2) Les interventions paramédicales ciblées.....	65
a) L'ergothérapie.....	65
b) L'orthophonie.....	66
3) L'intervention éducative et familiale.....	66
a) La formation et l'accompagnement des parents.....	66
b) Le rôle des associations de patients.....	67
c) L'accompagnement scolaire.....	68
Les approches complémentaires et alternatives.....	70
a) Le neurofeedback.....	70
Chapitre 2 : Prise en charge médicamenteuse du TDAH.....	72
1) Psychostimulant : Methylphénidate (52) (53) (54).....	72
2) Psychostimulant : Lisdexamfetamine (53) (54) (55) (56).....	75
3) Non psychostimulant : Guanfacine (53) (54) (57).....	78
Partie 3 : Accompagner les patients atteints de TDAH.....	81
Chapitre 1 : Rôle et accompagnement du pharmacien d'officine.....	81
1) Délivrance particulière des médicaments du TDAH.....	81
2) Voyager avec ces médicaments pour le TDAH.....	83
3) Approches thérapeutiques complémentaires en dehors des traitements conventionnels....	84
a) Distinction entre médecine conventionnelle et traditionnelle.....	84
b) Phytothérapie.....	85
c) Aromathérapie.....	87
d) Compléments Alimentaires.....	89
e) Homéopathie.....	90
f) Fleurs de Bach.....	92
Chapitre 2 : analyse du questionnaire.....	94
1) Partie 1 : Informations générales.....	95
2) Partie 2 : Premiers signes observés.....	97
3) Partie 3 : Diagnostic.....	102
4) Partie 4 : Suivi et accompagnement.....	104
Conclusion.....	109
ANNEXE.....	111
Annexe 1 : diplôme de formation association HyperSuper TDAH France.....	111
Annexe 2 : document de transport personnel de médicaments stupéfiants détenus dans le cadre d'un traitement médical.....	112
Annexe 3 : Questionnaire.....	113
Questionnaire parent : Parcours diagnostique du TDAH.....	113
Partie 2 : Premiers signes observés.....	113
Annexe 4 : Flyer.....	115
BIBLIOGRAPHIE.....	117

Liste des abréviations

Abréviation	Signification Complète
AESH	Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	Autorisation Temporaire d'Utilisation
CA	Complément alimentaire
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10e révision
CMP	Centre Médico-Psychologique
CRA	Centre Ressource Autisme
DAT1/SLC6A3	Gène du transporteur de la dopamine
DCI	Dénomination Commune Internationale
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DPO	Délégué de la protection des données
DRD2	Récepteur dopaminergique D2
DRD4	Récepteur dopaminergique D4
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e édition
EEG	Électroencéphalogramme
EMA	European Medicines Agency
GABA	Acide Gamma-AminoButyrique

HAS	Haute Autorité de Santé
HE	Huiles essentielles
HMPC	Committee on Herbal Medicinal Products
IRMF	Imagerie par Résonance Magnétique Fonctionnelle
LI/LP/LM	Libération Immédiate / Prolongée / Modifiée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologiste
PAI	Projet d'Accueil Individualisé
PAP	Plan d'Accompagnement Personnalisé
PCO	Plateforme de Coordination et d'Orientation
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNAS	Proceedings of the National Academy of Sciences
PPS	Projet Personnalisé de Scolarisation
PPRE	Programme Personnalisé de Réussite Educative
QbTest	Test informatisé mesurant l'attention, l'impulsivité et l'activité motrice
SESSAD	Service d'éducation personnalisé et de soin a domicile
TCA	Trouble du Comportement Alimentaire
TCC	Thérapies Cognitivo-Comportementales
TDAH	Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

Liste des figures

Figure 1: Signification du terme TDAH, image tirée de la formation sur le TDAH dirigée par l'association HyperSuper TDAH France.

Figure 2: Représentation négative d'un enfant TDAH dans la société

Figure 3: Diagramme de répartition du TDAH: a) Enfants vs Adultes et b) Filles vs Garçons

Figure 4: Frise chronologique de l'évolution du TDAH

Figure 5: Illustration de la littérature parlant des premiers enfants TDAH, tirée du livre "histoire illustrée de l'hyperactivité" du Dr KONOFAL Eric

Figure 6: Extrait du DSM-5 actuel des critères diagnostiques du TDAH

Figure 7: Graphique montrant les résultats de l'étude menée par Tricher et AL. en 1996

Figure 8: Exemple de questionnaire trouvé dans les livrets de repérage des TND

Figure 9: Arbre décisionnel de prise en charge d'un enfant TDAH

Figure 10: Différence entre un cerveau patient sain et un cerveau patient TDAH

Figure 11: Fonctionnement du système dopamine-sérotonine-noradrénaline chez un patient non TDAH

Figure 12: Diagramme des principales comorbidités psychiatriques et affections médicales générales du TDAH chez l'enfant et l'adolescent selon Reale et al. (2017).

Figure 13: Vue d'ensemble sur les comorbidités liées à un enfant diagnostiqué TDAH

Figure 14: Représentation des émotions

Figure 15: Accompagnement scolaire, quel plan pour qui ?

Figure 16: Procédure de mise en place d'un Projet Personnalisé de Scolarisation

Figure 17: Rôle du méthylphénidate dans la synapse dopaminergique.

Figure 18: Rôle du Lisdexamphétamine dans la synapse dopaminergique.

Figure 19: Rôle du guanfacine dans la synapse noradrénaline.

Figure 20: Affiche + QR code pour la réalisation de mon questionnaire.

Figure 21: Répartition du sexe selon les réponses obtenues au questionnaire

Figure 22: Répartition d'un symptôme alerte selon les réponses au questionnaire.

Figure 23: Première évocation d'un possible trouble d'après les réponses au questionnaire

Figure 24: Temps entre les premiers signes et le diagnostic selon les réponses au questionnaire

Figure 25: Échelle de satisfaction selon les réponses au questionnaire

Liste des tableaux

Tableau 1: Les différentes formes cliniques du TDAH et description de leur manifestation principale

Tableau 2: Les différents neurotransmetteurs et conséquences de leur dérèglement dans le TDAH

Tableau 3: Principaux troubles et comorbidités associés au TDAH

Tableau 4: Méthylphénidate

Tableau 5: lisdexamphétamine

Tableau 6: Guanfacine

Tableau 7: Plantes pouvant être utilisées pour les TDAH

Tableau 8: médicaments homéopathiques

Tableau 9: Elixirs floraux

Liste des Annexes

Annexe 1 : diplôme de formation association HyperSuper TDAH France

Annexe 2 : document de transport personnel de médicaments stupéfiants détenus dans le cadre d'un traitement médical

Annexe 3 : Questionnaire

Annexe 4 : Flyer

Introduction

Imaginons : Votre enfant ne range jamais ses jouets une fois qu'il a terminé de jouer avec. Il commence un dessin, puis l'abandonne au bout de quelques minutes pour passer à autre chose. À l'école, il a du mal à rester assis, lève la main et répond sans attendre qu'on lui donne la parole, interrompt souvent les autres. Les enseignants vous parlent sans arrêt de ses difficultés d'attention, de sa tendance à interrompre les autres, de son agitation constante. À la maison, il oublie constamment ce qu'on vient de lui demander, passe d'une activité à l'autre sans jamais aller au bout. Il n'est ni méchant, ni paresseux, ni mal élevé. Mais il semble toujours en décalage par rapport aux autres enfants de son âge, ailleurs, dispersé.

C'est peut-être ça le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Le TDAH est l'un des troubles neurodéveloppementaux les plus fréquents chez l'enfant âgé de 6 ans et plus (1). Au-delà de la difficulté de se concentrer ou d'une agitation passagère, ce trouble affecte au long terme le fonctionnement scolaire, familial et social de l'enfant. Avec un retentissement souvent profond, tant pour l'enfant que pour son entourage.

Chez les enfants de 6 ans ou plus, ces difficultés sont remarquées plus facilement, aidées par l'entrée en primaire. Malgré les connaissances actuelles, le TDAH reste entouré de nombreux préjugés. Dans l'imaginaire collectif : un enfant agité est perçu comme mal élevé, un élève inattentif comme paresseux.

Ce regard social est stigmatisant et alourdit le quotidien de ces enfants, fragilise également leurs parents, souvent confrontés à l'incompréhension, voire au jugement de notre société actuelle.

Il est donc essentiel de rappeler que le TDAH n'est pas une "mode passagère", mais bien une pathologie neurodéveloppementale reconnue. Elle relève d'un dysfonctionnement cérébral, affectant le développement des fonctions cognitives

impliquées dans l'attention, la régulation émotionnelle et l'autocontrôle (2). Le TDAH appartient aux troubles du neurodéveloppement (TND). Ces troubles se définissent comme le « défaut de développement d'une ou plusieurs compétences cognitives attendues lors du développement psychomoteur et affectif de l'enfant, qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, familial et social » (3).

Selon les études, on estime que le TDAH touche entre 3 à 6 % des enfants d'âge scolaire, avec une nette prévalence chez les garçons (4).

Face à ces constats, cette thèse se donne pour objectif d'explorer les différents moyens de prendre en charge le TDAH chez les enfants âgés de 6 ans et plus au comptoir de l'officine, ainsi que de pouvoir donner toutes les ressources existantes que ce soient médicamenteux ou non aux parents de ces enfants.

Dans un premier temps, nous ferons le point sur les connaissances actuelles autour de ce trouble : sa définition, les critères diagnostiques, ainsi que les facteurs de prédisposition identifiés à ce jour. Il s'agira de poser les bases nécessaires à une compréhension du TDAH.

Dans un second temps, l'attention sera portée sur le rôle du pharmacien d'officine, acteur de proximité souvent en première ligne face aux interrogations des familles. Comment peut-il accompagner les parents d'enfants atteints de TDAH ? Quels conseils, quel relais, quelle posture adopter pour favoriser une prise en charge bienveillante et éclairée ?

Partie 1 : Les Troubles du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH)

Chapitre 1 : Comprendre le TDAH : définitions, classifications et regard Sociétal

1) Définition médicale

La Haute Autorité de Santé (HAS) classe selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - révision 5 (DSM-5), en français, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques : le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité dans les troubles du neurodéveloppement.

Celui-ci est caractérisé par une triade de symptômes associés ou non entre eux :

- Symptôme d'inattention
- Symptôme d'hyperactivité
- Symptôme d'impulsivité

Le tout d'une intensité inappropriée par rapport à l'âge du développement. En effet, ces manifestations cliniques dont les symptômes sont d'une intensité et d'une fréquence bien supérieures à ce qui est normalement attendu pour l'âge et le développement de l'enfant.

Ce trouble peut se présenter de différentes manières. La forme combinée ou mixte est la forme la plus fréquente et se traduit par l'expression de la triade complète. Il existe également des tableaux cliniques avec uniquement la présence d'un symptôme de cette triade.

L'enfant grandit et se construit avec ce trouble jusqu'à l'âge adulte, même si celui-ci tend à disparaître avec l'âge (1).

2) Définition vulgarisée

Le TDAH est classé parmi les troubles du neurodéveloppement. Il se caractérise par une diminution de l'attention, accompagnée ou non de symptômes comportementaux tels que l'hyperactivité et l'impulsivité. C'est un handicap qui peut engendrer des difficultés dans les sphères scolaire, familiale et sociale.

- Le trouble désigne un dysfonctionnement, ce qui le différencie d'une maladie qui est souvent associée à une évolution plus péjorative.
- Les troubles du développement ont tous un début précoce (in utéro ou dans le développement moteur) et ont tous un impact sur le retentissement fonctionnel.
- L'attention est la capacité à concentrer volontairement son esprit sur un objet ou une activité déterminée.
- L'hyperactivité correspond à une difficulté à rester en place, à contrôler ses mouvements ou à terminer une action commencée.
- L'impulsivité se traduit par une difficulté à freiner une action, qu'elle soit motrice, verbale ou psychique (Figure 1).

Signification du terme TDAH

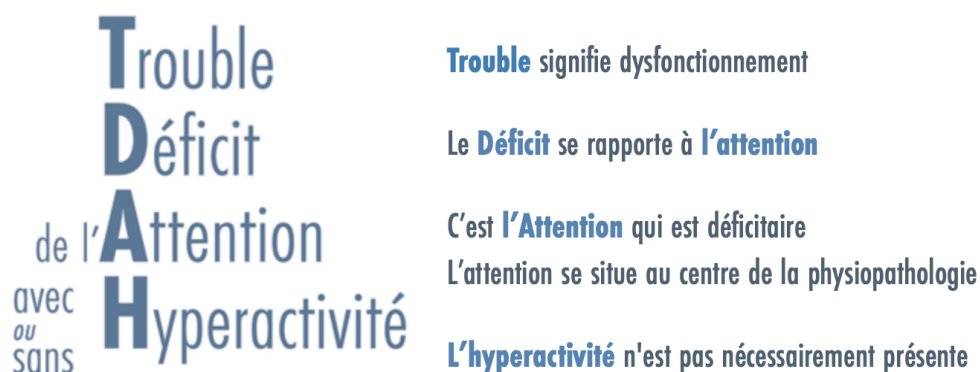


Figure 1 : Signification du terme TDAH, image tirée de la formation sur le TDAH dirigée par l'association HyperSuper TDAH France.

3) Pourquoi choisir le DSM-5 par rapport à la CIM-10 dans la classification du TDAH ?

Le DSM-5 des États-Unis a été choisi plutôt que la classification internationale des maladies - révision 10 (CIM-10) de l'organisation mondiale de la santé (OMS), car cette dernière est plus stricte. En effet, dans la CIM-10, le TDAH est classé parmi les troubles hyperkinétiques, tandis que le DSM-5 le place dans les troubles du neurodéveloppement. Cette distinction est importante, car elle reflète une approche plus nuancée et spécifique du trouble dans le DSM-5, qui reconnaît les aspects développementaux du TDAH.

Pour poser un diagnostic selon le DSM-5, il est requis que les symptômes apparaissent tôt dans la vie et qu'ils remplissent certains critères diagnostiques sur une période d'au moins 6 mois : inattention (A1), hyperactivité et impulsivité (A2) ou la combinaison des deux (A1 + A2). La présence de 6 de ses critères (A1 et/ou A2) est nécessaire.

En outre, les symptômes doivent être présents dans plusieurs contextes (par exemple à l'école et à la maison) et entraîner des souffrances significatives ou une altération du fonctionnement de l'enfant. Enfin, l'exclusion d'autres conditions médicales ou psychologiques, telles qu'une schizophrénie, un trouble envahissant du développement, un trouble anxieux ou encore un trouble de l'humeur doit être recherchée.

Le DSM-5 fournit des critères diagnostiques plus détaillés et plus spécifiques pour le TDAH, ce qui permet une identification plus précise des troubles. En revanche, la CIM-10, bien qu'elle soit largement utilisée pour une classification des maladies à l'échelle mondiale, reste plus générale et se contente de catégoriser les troubles sans nécessairement les caractériser de manière aussi précise.

4) Quand la société juge : idées reçues et stigmatisation des parents d'enfants atteints de TDAH

Le manque d'information sur le TDAH expose les enfants atteints, ainsi que leurs parents, à des préjugés injustifiés.

Ces enfants sont souvent perçus comme turbulents, capricieux ou mal éduqués. Ces stéréotypes renforcent la stigmatisation sociale, ayant un impact direct sur leur bien-être psychologique et émotionnel, ainsi que sur celui de leurs parents.

L'ignorance de la société sur ce trouble se traduit souvent par des jugements faussés de ses enfants. Face à cette situation difficile, les parents naviguent entre culpabilité et isolement et peinent à rentrer dans un système d'accompagnement et de diagnostic (Figure 2).

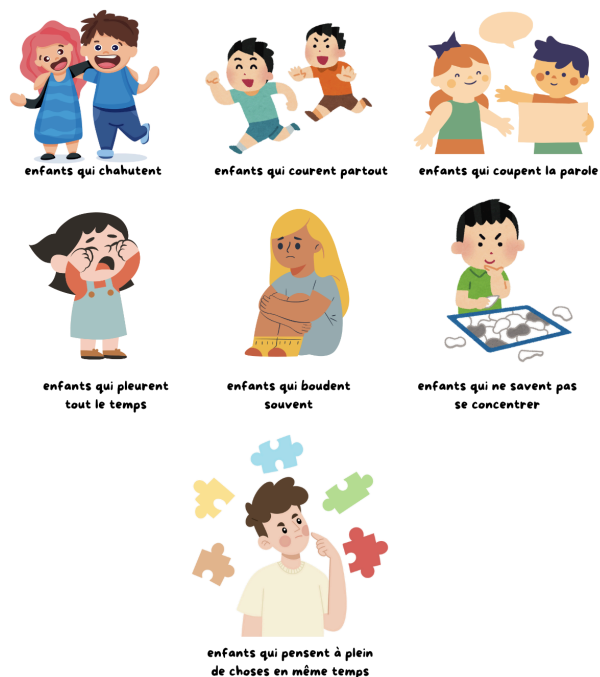


Figure 2 : Représentation négative d'un enfant TDAH dans la société

Nombreux témoignages de parents, comme celui partagé dans le podcast "*Ce jour-là par Psychologie*" (S3E1 : Mon enfant est TDAH (5)), font état de détresse devant le diagnostic jugé pour certains tardif (minimum 6 ans). De nombreux parents constatent avant cet âge la présence de signes évocateurs de ce trouble et se sentent impuissants. Les enfants atteints de TDAH se montrent souvent turbulents en classe, avec des difficultés à se canaliser, à écouter, à rester assis pendant toute la journée, et à respecter les règles telles que lever la main avant de parler, attendre que l'enseignant les interrogent. Cela perturbe non seulement leur apprentissage, mais aussi celui des autres élèves.

Ce manque de compréhension entraîne souvent une mise à l'écart de ces jeunes patients, par les enseignants, et parfois même par leurs camarades. Par exemple, un enfant atteint de TDAH peut être rarement invité aux anniversaires de ses camarades, par peur de ne pas réussir à canaliser l'enfant, renforçant ainsi son sentiment de rejet social.

Un diagnostic précoce, dès l'âge de 6 ans, permettrait une prise en charge plus adaptée, facilitant l'intégration de ces enfants dans le milieu scolaire, tout en offrant aux enseignants et aux élèves les outils nécessaires pour mieux comprendre et soutenir ces enfants.

5) TDAH dans le monde : données épidémiologiques et disparités régionales

À l'échelle nationale, les études épidémiologiques estiment que 2 millions de personnes, enfants et adultes, sont atteints du TDAH. La prévalence est d'environ 5% chez les enfants et les adolescents, et de 2,5% chez les adultes, sans distinction spécifique entre les pays occidentaux, bien que des différences puissent exister dans les pratiques de diagnostic et de prise en charge (6).

Par ailleurs, le TDAH est environ trois fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles dans la population pédiatrique. Cela est dû à la manifestation des symptômes, qui sont généralement plus discrets que chez les garçons.

En effet, la forme inattentive du TDAH prédomine souvent chez les filles, ce qui rend le trouble moins visible. À l'inverse, les garçons présentent principalement une forme combinée, qui se caractérise par l'association des symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité, plus facilement identifiables en raison de l'hyperactivité marquée (4) (figure 3).

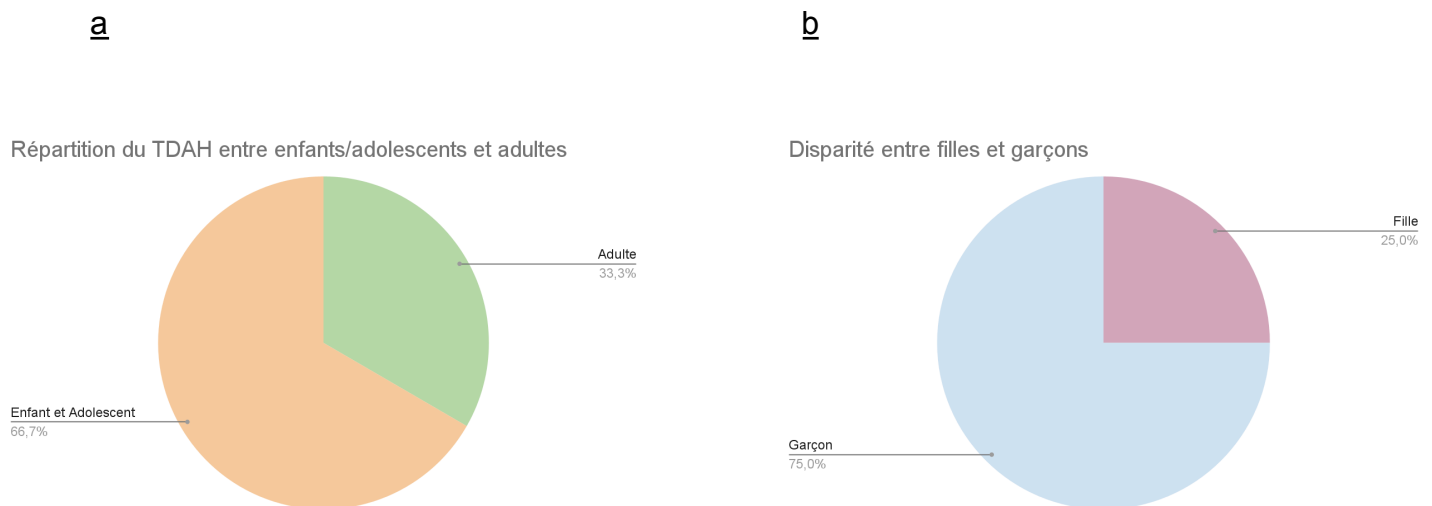


Figure 3 : Diagramme de répartition du TDAH : a) Enfants vs Adultes et b) Filles vs Garçons

Chapitre 2 : Histoire et reconnaissance du TDAH

Loin d'être un trouble récent, le TDAH est une pathologie qui fait l'objet de débats et d'évolution depuis longtemps.

Dès la fin du XVIII^e siècle, il apparaît dans des écrits médicaux, et en 1798, il est décrit comme une forme d'agitation mentale.

Ce n'est qu'au début du XX^e siècle que les recherches s'intensifient, notamment avec son inclusion en 1968 dans le DSM sous l'appellation de "réaction hyperkinétique de l'enfance".

En 1970, l'OMS mentionne à son tour les comportements hyperactifs et impulsifs (7). Aujourd'hui, le TDAH est reconnu dans de nombreux systèmes de santé à travers le monde.

1) Historique de l'identification du TDAH

a) 18 siècle

Melchior Adam Weikard : premier médecin à décrire une forme d'inattention et d'hyperactivité en 1775.

Sir Alexander Crichton : approfondis cette notion en 1798 , Il citera dans un livre une forme "d'agitation mentale" semblable au TDAH + Il mentionne le fait que ces symptômes se remarquent de façon assez précoce dans la vie de l'individu.

b) 20 siècle

Esquirol, Dagonet, Boulanger, Bourneville : décrivent des enfants intelligents mais instables, agités, désobéissants ou incapables de se conformer aux exigences scolaires

Sir Georges Frédéric Still. en 1902 décrit le TDAH, il évoque, lors de conférences, le concept de «contrôle moral» chez des enfants sans trouble de l'intelligence, ainsi que d'autres symptômes ressemblant à ceux du TDAH actuel.

Ernest Dupré, Georges Heuyer, Gilbert Robin; mettent en lien : agitation motrice - instabilité émotionnelle et incapacité à maintenir l'attention.

1968: un tableau clinique individualisé et un diagnostic officiel sont proposés. L'American Psychiatric Association publie dans le DSM une première reconnaissance des troubles de l'attention sous le nom de Hyperkinetic Reaction of Childhood (réaction hyperkinétique de l'enfance). Les enfants sont alors caractérisés à la fois hyperactifs et impulsifs.

1970 : OMS reconnaît à son tour les comportements hyperactifs et impulsifs en les intégrant dans ses classifications.

1980 : terme TDAH adopté dans le DSM-III, avec une approche en trois dimensions : 1 inattention, hyperactivité et impulsivité.

Le DSM-III-R, publié en 1987, introduit les trois sous-types : prédominance inattentive, prédominance hyperactive/impulsive, ou forme combinée.

c) 21 siècle

2013 : DSM-5 reclassifie le TDAH dans les troubles du neurodéveloppement, reconnaissant sa persistance possible à l'âge adulte.

2015: HAS publie des recommandations officielles sur la prise en charge du TDAH (10) Aujourd'hui, le TDAH est reconnu dans de nombreux systèmes de santé à travers le monde.

Même si le diagnostic du TDAH est souvent critiqué et pour certains sur-diagnostiqué, on peut enfin mettre un mot sur les troubles de ces enfants. De nombreux avis divergent néanmoins sur la question du traitement

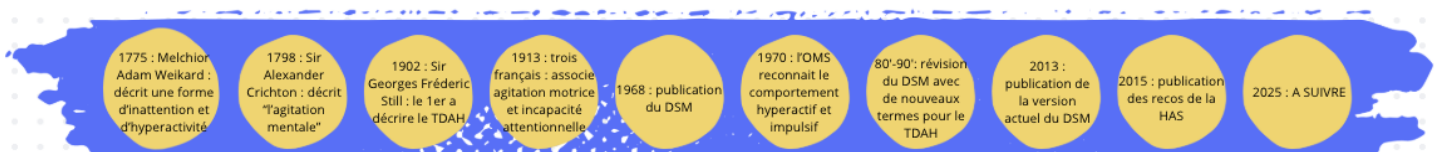


Figure 4 : Frise chronologique de l'évolution du TDAH

2) Ecrits et romans historiques

Début du XIXe (19) siècle : Première description dans la littérature. Dr Eric Konofal publie en 2017 un ouvrage regroupant les avancées littéraires du TDAH : Histoire illustrée de l'hyperactivité (13).. On y trouve par exemple :

- 1817 : les jeunes enfants de Blanchard → décrit les enfants (plutôt garçons) "touchés à tout", des enfants curieux mais distraits ne portant aucune attention au danger ni aux avertissements des parents(14).
- 1867: Plume le distrait de Trim → décrit un adolescent (plutôt garçon) dont la distraction est doublée par une agitation involontaire qui gesticule et se blesse parfois(15).
- 1880 : Touche à Tout ses tragiques mésaventures de Cruppi décrit une jeune fille pleine de curiosité, d'énergie et d'imprudence.(16)
- 1967 : Mademoiselle sans soin de Bertall décrit des petites filles charmantes mais terriblement désordonnées qui n'apportent aucun soin à leurs affaires (17)

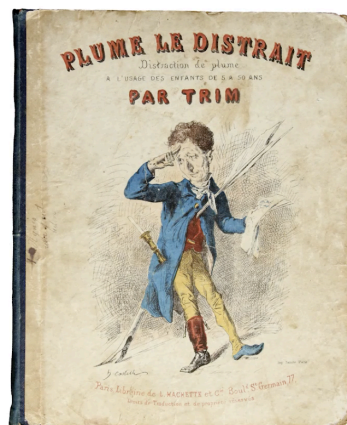


Figure 5 : Illustration de la littérature parlant des premiers enfants TDAH, tirée du livre "histoire illustrée de l'hyperactivité" du Dr KONOFAL Eric

Chapitre 3 : Les différentes formes du TDAH : une classification essentielle

Le DSM-5 classe les symptômes du TDAH en trois principales formes de présentation clinique : inattention, hyperactivité-impulsivité et forme combinée (18) (Figure 6).

Critères diagnostiques du DSM-5 pour le TDAH

A. D'abord, il doit y avoir présence de A.1 ou A.2 :

- 1. (A.1) Chez l'enfant, au moins 6 des 9 symptômes d'inattention suivants (au moins 5 chez l'adulte de 17 ans et +) :**
 - a. Ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs, le travail, etc. ;
 - b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ;
 - c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ;
 - d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs, ses travaux, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles ;
 - e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités ;
 - f. Souvent évite, a en aversion, ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p.ex. lecture) ;
 - g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités ;
 - h. Se laisse facilement distraire par les éléments de son environnement ou par ses propres pensées ;
 - i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p.ex. livres pour faire les devoirs, rendez-vous) .
- 2. (A.2) Chez l'enfant, au moins 6 des 9 symptômes d'hyperactivité/d'impulsivité suivants (au moins 5 chez l'adulte) :**
 - a. Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège, grouille ;
 - b. Se lève souvent en classe, au bureau ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis ;
 - c. Court ou grimpe partout dans les situations où cela est inapproprié (sentiment de ne pas pouvoir rester en place à l'âge adulte) ;
 - d. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir ;
 - e. Agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (p.ex. incapable de rester en place en classe, en réunion) ;
 - f. Parle trop souvent ;
 - g. Laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (termine les phrases de l'autre) ;
 - h. A souvent du mal à attendre son tour (p.ex. pour parler ou en ligne) ;
 - i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).

B. Le début des symptômes doit se situer avant l'âge de 12 ans.

C. Les difficultés doivent s'exprimer dans au moins 2 sphères de vie différentes.

D. Ils doivent réduire la qualité ou nuire au fonctionnement de façon cliniquement significative dans au moins un environnement.

E. Les difficultés rapportées ne doivent pas être mieux expliquées par autre chose, tel qu'un autre trouble neurodéveloppemental ou un autre trouble de santé physique ou de santé mentale.

Si tous ces critères (A à E) sont remplis, on doit spécifier le type de TDAH que présente l'individu, c'est-à-dire :

- **De type mixte** si les critères **A1** (d'inattention) **et A2** (d'hyperactivité/impulsivité) sont présents depuis les 6 derniers mois.
- **De type inattention prédominant** si les critères **A1** (d'inattention) sont présents depuis les 6 derniers mois, **mais non** les critères **A2** (d'hyperactivité/impulsivité).
- **De type hyperactivité/impulsivité prédominantes** si les critères **A2** (d'hyperactivité/impulsivité) sont présents depuis les 6 derniers mois, **mais non** les critères **A1** (d'inattention).

On doit aussi spécifier le degré actuel de sévérité :

- **Léger** : Le seuil minimal de symptômes est présent. Ils interfèrent de façon mineure avec le fonctionnement.
- **Modéré** : Un nombre modéré de symptômes sont présents (entre léger et sévère). Ils interfèrent de façon modérée avec le fonctionnement.
- **Sévère** : Presque tous les symptômes sont présents. Ils interfèrent de façon marquée et sévère avec le fonctionnement.

Figure 6 : Extrait du DSM-5 actuel des critères diagnostiques du TDAH

1) Inattention

L'attention est à la base de toutes activités cognitives. William James (1842-1910), fondateur de la psychologie américaine, la définit comme « une prise de possession par l'esprit, sous une forme claire et vive, d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs qui sont présents simultanément [...] Elle implique le retrait de certains objets afin de traiter plus efficacement les autres ». Cela nous montre que le cerveau a la capacité de se focaliser sur un élément choisi en excluant les autres moins importants. Il existe 4 types d'attentions différentes : l'attention conjointe, qui est l'attention de courte durée; l'attention maintenue dans la durée; l'attention sélective ou focalisée et l'attention partagée ou divisée, qui sera scindée entre deux tâches.

Le TDAH dit inattentif est la forme la plus dure à détecter. En effet, les enfants ayant des symptômes d'inattention sont souvent perçus comme rêveurs, étourdis. Cette forme est caractérisée par des difficultés à maintenir l'attention ou à organiser les tâches. Les personnes atteintes de cette clinique présentent généralement peu ou pas du tout de symptômes liés à l'hyperactivité et/ou à l'impulsivité.

Pour qu'un enfant ou un adolescent de moins de 17 ans soit diagnostiqué avec un TDAH de type inattention, il doit présenter au moins 6 symptômes des critères diagnostiques définis dans le DSM-5, section A-1 (Figure 6). Ce nombre est réduit à 5 symptômes pour les personnes de plus de 17 ans.

2) Hyperactivité

L'hyperactivité se caractérise par un niveau d'activité motrice excessif et souvent désordonné. Les personnes présentant ce symptôme ont du mal à rester en place durant de longues périodes. Elles bougent fréquemment, gigotent et semblent incapables de contrôler leur niveau d'énergie.

Dans un cadre scolaire, cela se traduit par un enfant qui se lève fréquemment de sa chaise, qui a du mal à rester tranquille pendant une activité et qui peut déranger les autres par ses mouvements incessants.

Ce symptôme est observé de manière plus prononcée chez les garçons. En 1996, une étude menée par Teicher et al. visait à caractériser de manière objective les anomalies du mouvement chez des enfants TDAH lors d'une tâche de performance continue (19). Le diagnostic a été établi à l'aide d'entretiens structurés et des critères DSM-IV. Les mouvements de 18 garçons TDAH et de 11 témoins ont été enregistrés par un système d'analyse infrarouge de haute précision. Les résultats montrent que les enfants TDAH présentent une activité motrice significativement plus importante que les témoins. Ils bougent la tête 2,3 fois plus souvent, se déplacent 3,4 fois d'avantage et explorent un espace de jeu presque 3,8 fois plus large, avec des trajectoires plus linéaires et moins complexes. Ces résultats confirment que l'agitation observée dans le TDAH correspond à des mouvements du corps entier, plus fréquents et plus amples (20) (Figure 7).

Étude menée par Tricher et al. -- 1996

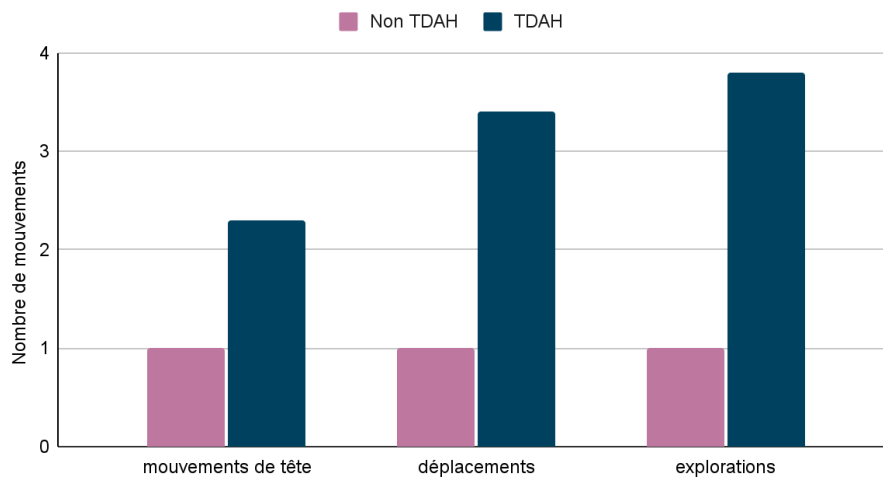


Figure 7: Graphique montrant les résultats de l'étude menée par Tricher et AL. en 1996

L'hyperactivité n'est qu'un des symptômes possibles du TDAH et n'est pas systématiquement présente chez toutes les personnes concernées. En effet, certaines formes du TDAH, notamment le sous-type dit « inattentif », se manifestent sans signes évidents d'hyperactivité ou d'impulsivité.

Dès lors, désigner ce trouble uniquement sous le terme d' « hyperactivité » peut s'avérer réducteur, voire péjoratif. Une telle formulation tend à invisibiliser les autres dimensions du trouble, en particulier les difficultés liées à l'attention et à l'organisation, qui sont toutes aussi invalidantes bien que parfois moins visibles. Elle peut également renforcer certains stéréotypes, en suggérant à tort que toutes les personnes atteintes de TDAH présentent un comportement agité ou dérangeant.

Pour qu'un enfant ou un adolescent de moins de 17 ans soit diagnostiqué avec un TDAH de type hyperactif, il doit présenter au moins 6 symptômes des critères diagnostiques définis dans le DSM-5, section A-2 (Figure 6). Ce nombre est réduit à 5 symptômes pour les personnes de plus de 17 ans.

3) Impulsivité

Le terme d'impulsivité correspond aux difficultés qu'éprouve une personne à se contrôler. Cette impulsivité mène souvent à des actes de violence ou de colère, avec des répercussions négatives sur la vie quotidienne.

Il est important de comprendre que les symptômes de l'impulsivité sont liés à ceux de l'hyperactivité et ont donc les mêmes caractéristiques.

Elle se caractérise par une difficulté à maîtriser ses réactions immédiates. Les personnes atteintes de ce symptôme ont tendance à agir sans réfléchir aux conséquences, ce qui peut conduire à des comportements imprudents ou perturbateurs.

Cela se manifeste souvent par des interruptions fréquentes des autres, la prise de décisions hâtives ou la difficulté à attendre son tour, par exemple dans un jeu ou lors d'une activité scolaire.

Pour qu'un enfant ou un adolescent de moins de 17 ans soit diagnostiqué avec un TDAH de type impulsif, il doit présenter au moins 6 symptômes des critères diagnostiques définis dans le DSM-5, section A-2 ([Figure 6](#)). Ce nombre est réduit à 5 symptômes pour les personnes de plus de 17 ans.

4) Forme combinée

La forme combinée est la plus courante du TDAH. Elle regroupe les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. Dans cette forme, les deux types de symptômes peuvent être présents simultanément, et l'un ou l'autre peut prédominer à différents moments. Parfois, les symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité alternent en fonction des situations ou de l'environnement, mais il est également possible que les deux soient également observés de manière marquée chez un même enfant.

Chapitre 4: le diagnostic du TDAH : étapes, critères et enjeux

1) Critères

a) Temporalité

Pour les enfants, les symptômes doivent être constatés sur une période d'au moins 6 mois. Les premiers signes peuvent être observés vers 1 an, ce qui correspond plus ou moins à l'âge de la marche. Ils auront tendance à se stabiliser vers 5-6 ans. Il est cependant difficile de poser un diagnostic chez un enfant de moins de 6 ans. En effet, il est jugé normal pour un enfant de 3 ans d'avoir du mal à tenir en place ou à rester longtemps sur une activité. Il est alors plus simple d'attendre que l'enfant soit scolarisé pour établir un diagnostic correct.

b) Circonstances et déroulé d'un diagnostic

L'école joue un rôle central dans le repérage précoce du TDAH chez l'enfant. En effet, ce trouble est souvent associé à des difficultés d'apprentissage, ce qui conduit fréquemment à une première détection de symptôme, comme celui de l'attention dès le cycle primaire.

Lorsque apparaissent les premiers signes cliniques, ce sont souvent les enseignants, passant beaucoup de temps avec l'enfant, qui repèrent et alertent la famille. Celle-ci est alors encouragée à consulter un professionnel de santé, généralement leur médecin généraliste ou un pédiatre.

La filière de soins pour les troubles du neurodéveloppement (TND) et le TDAH est organisée de manière structurée et cohérente pour favoriser un repérage et une prise en charge précoce. La première étape est le repérage et l'orientation du trouble qui peuvent être réalisés par les parents, les enseignants, les médecins généralistes, les médecins scolaires, les professionnels de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), ou encore les pédiatres (21).

Des outils d'aide au repérage de ce trouble sont disponibles et accessibles pour tous. On retrouve le « guide pour détecter un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans » (22) ou encore le « livret de repérage des TND chez les 7-12 ans » (Figure 8) (23), accessible sur le site handicap.gouv.fr (24).

SIGNES D'ALERTE À 6 ANS (de 72 à 83 mois)³

Si 3 « non » dans 2 domaines différents, orienter vers une PCO

Motricité globale, contrôle postural et locomotion

Saute à cloche pied trois à cinq fois (sur place ou en avançant)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Court de manière fluide et sait s'arrêter net	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est capable de marcher sur les pointes ou sur les talons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Parvient à se tenir tranquille et à rester assis quand c'est nécessaire (à table, à l'école...).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Motricité fine et praxies

Ferme seul son vêtement (boutons ou fermeture éclair)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Touche avec son pouce chacun des doigts de la même main après démonstration	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Copie un triangle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Se lave et/ou s'essuie les mains sans assistance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Langage oral

Peut raconter une petite histoire de manière structurée (avec début, milieu et fin - par exemple, histoire qu'on lui a lue, dessin animé qu'il a vu, événement qui lui est arrivé ...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Peut dialoguer en respectant le tour de parole	
S'exprime avec des phrases construites (grammaticalement correctes)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Figure 8 : Exemple de questionnaire trouvé dans les livrets de repérage des TND

Selon les résultats, l'enfant peut être orienté vers une Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO). Cela va permettre de simplifier le parcours de soin et éviter les ruptures de parcours. Il existe deux types de PCO : une pour les 0-6 ans et une autre pour les 7-12 ans. Cette dernière est assez récente et est disponible seulement dans certaines régions.

La durée de prise en charge par une PCO est d'environ 1 an, avec un renouvellement de 6 mois si aucune solution n'a été trouvée pour l'enfant. Cette

prise en charge peut offrir aux familles une aide financière afin de les accompagner dans certains frais de santé de l'enfant (psychologue, pédiatre, ergothérapeute...).

Si des séances en libéral sont proposées, le dispositif possède des forfaits de prise en charge et un contrat avec des professionnels de santé dont le contact sera donné aux parents.

La PCO oriente l'enfant vers un médecin spécialiste, c'est ce que l'on appelle le «niveau de second recours» (21). Ces médecins ou structures ont pour mission de poser ou confirmer un diagnostic, voire de prendre en charge l'enfant directement. Ils facilitent également la mise en place des soins en recherchant les spécialistes adaptés, qu'ils soient en secteur libéral ou public, afin d'offrir aux familles une prise en charge optimale.

Dans ce niveau 2, le médecin généraliste de l'enfant garde une place centrale en maintenant son suivi médical global.

Si le diagnostic reste complexe et ne peut être posé, le médecin de niveau 2 peut faire appel à un médecin de niveau 3. Ces experts (psychiatres pour enfants et adolescents, neuropédiatres ou pédiatres spécialisés) possèdent une formation plus complète et peuvent donc approfondir le diagnostic des cas les plus difficiles (Figure 9).

Le diagnostic du TDAH repose sur une démarche rigoureuse visant à distinguer ce trouble d'autres problématiques comportementales présentant des symptômes similaires. Conformément aux recommandations de la HAS, il peut être posé par tout médecin ayant suivi une formation spécifique au TDAH. L'évaluation est multidimensionnelle et comprend une observation approfondie des comportements de l'enfant, l'analyse de ses productions scolaires et leur impact sur l'environnement familial, un examen clinique complet, ainsi que des questionnaires standardisés remplis par les parents, les enseignants, les autres adultes référents et, à partir de 10 ans, par l'enfant lui-même. Une évaluation neuropsychologique approfondie peut

également être réalisée pour mieux estimer la sévérité du trouble et ses conséquences fonctionnelles afin d'adapter la prise en charge.

L'exploration des troubles associés peut s'appuyer sur des bilans complémentaires, tels qu'un bilan orthophonique, psychomoteur, ergothérapeutique ou orthoptique.

La prise en charge du TDAH privilégie d'abord des interventions non médicamenteuses. Si ces mesures sont insuffisantes, un traitement pharmacologique peut être envisagé (25).

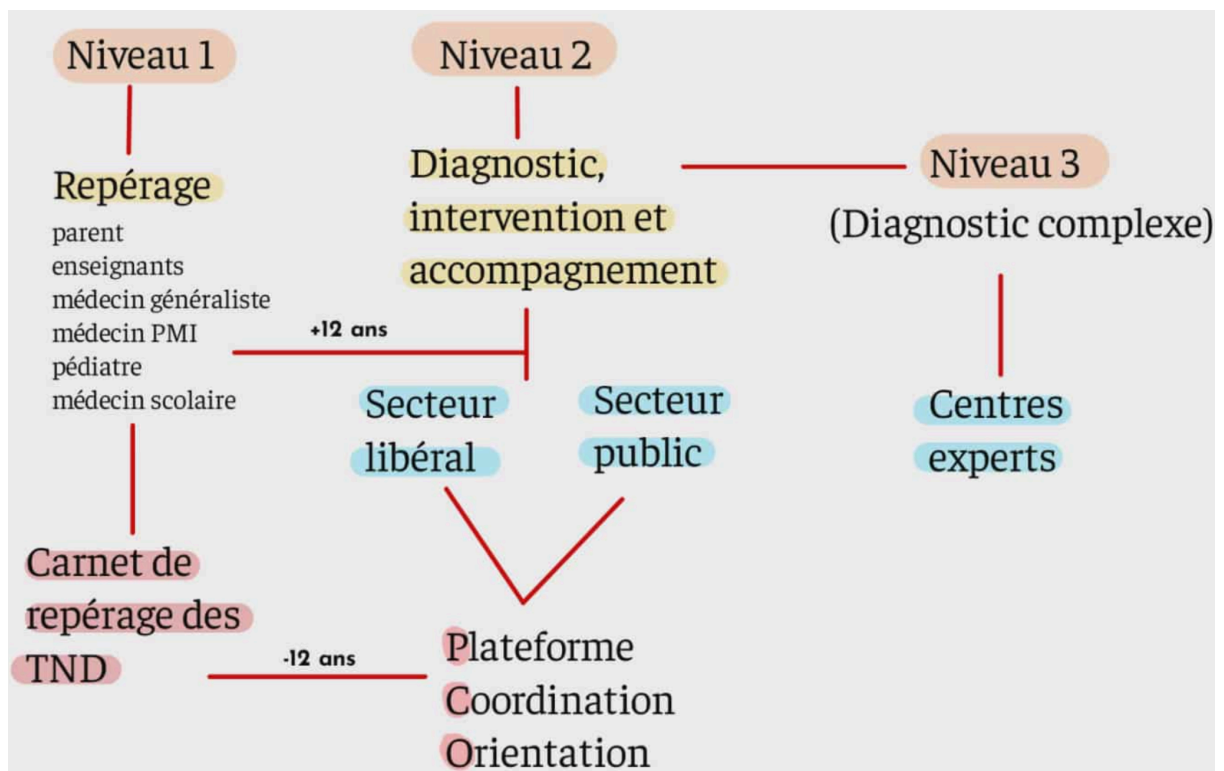


Figure 9 : Arbre décisionnel de prise en charge d'un enfant TDAH

3) Clinique

Le TDAH se manifeste par différents profils cliniques. Le tableau ci-dessous présente les trois syndromes principaux avec leurs descriptions cliniques (tableau 1)

Tableau 1 : les différentes formes cliniques du TDAH et description de leur manifestation principale

SYNDROME D'HYPERACTIVITÉ	SYNDROME D'IMPULSIVITÉ	SYNDROME D'INATTENTION
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Activité excessive, désordonnée, mal contrôlée et peu PRODUCTIVE</i> - <i>Ne correspondant pas à ce qui est attendu pour l'âge</i> - <i>Dans quasiment tous les domaines de la vie</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ne reste pas assis</i> - <i>Se lève souvent</i> - <i>Court partout</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Faire ou dire de façon impérieuse sans pouvoir différer et anticiper les conséquences</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Précipitation</i> - <i>Incapacité à attendre son tour</i> - <i>Prise de risque</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Difficulté à se concentrer et à maintenir sa concentration</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ne fait pas attention aux détails</i> - <i>Nombreuses fautes d'étourderies</i> - <i>Distractibilité par des distracteurs internes ou externes</i> - <i>Difficulté à planifier et à utiliser la mémoire de travail</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Difficulté à s'organiser</i> - <i>Procrastination</i> - <i>Peu de motivation pour les activités demandant un effort cognitif durable</i> - <i>Oublis ou pertes</i> - <i>Difficulté à comprendre et suivre les règles et consignes</i> - <i>Lenteur d'exécution</i>
<p>POSSIBILITÉ D'UNE FORME COMBINÉE REGROUPANT PLUSIEURS DE CES SYMPTÔMES</p>		

Chapitre 5 : Les coulisses du TDAH : processus de survenue et facteurs déclenchants

1) Facteurs neurologiques

Dans une publication de 2007 dans *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS) (26), le Dr Philip Shaw et ses collaborateurs ont eu recours à l'imagerie cérébrale pour mesurer l'épaisseur corticale en plus de 40 000 points du cerveau d'enfants entre 5 et 13 ans. Cette étude a comparé des enfants diagnostiqués avec un TDAH à des enfants témoins, sans troubles quelconques.

Ces observations confirment et prolongent les résultats d'études antérieures ayant déjà rapporté un volume et une surface corticale diminués dans les régions frontales des enfants atteint de TDAH, ainsi qu'une réduction du métabolisme oxygène-glucose suggérant une hypoactivation de ces zones (Figure 10).

Depuis cette découverte, le TDAH est confirmé comme un trouble neurodéveloppemental authentique. En conséquence, les symptômes observés, notamment les difficultés d'attention et d'autorégulation, relèvent d'altérations cérébrales indépendantes de la volonté ou des efforts de l'enfant. (27)

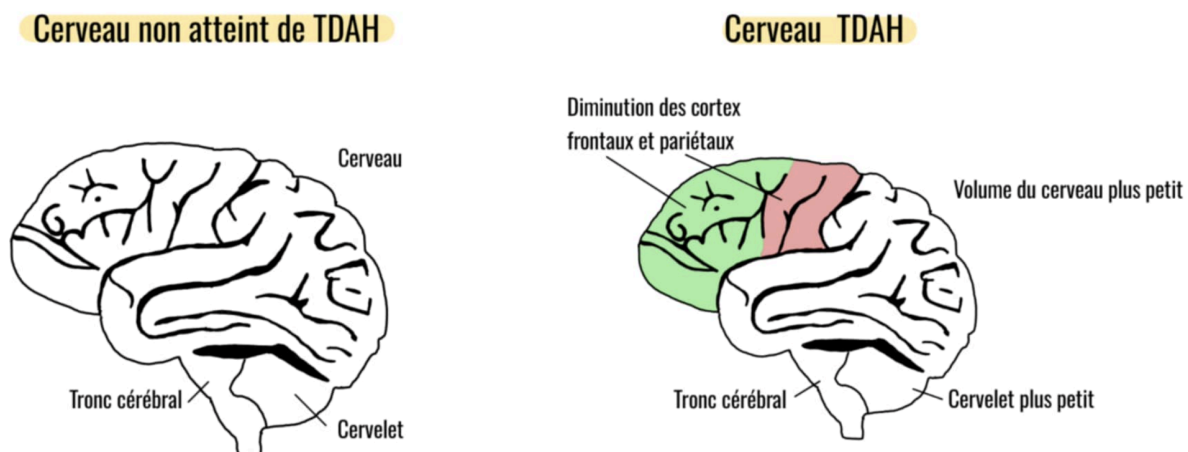


Figure 10 : Différences entre un cerveau patient sain et un cerveau patient TDAH

2) *Facteurs biologiques*

La dopamine, la noradrénaline et la sérotonine sont des neurotransmetteurs majeurs impliqués dans la régulation de nombreuses fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales. Ils assurent une communication efficace entre les neurones via la transmission synaptique. Des précurseurs spécifiques permettent leur synthèse : la tyrosine (et la phénylalanine) pour la dopamine / la noradrénaline et le tryptophane pour la sérotonine.

- La dopamine joue un rôle déterminant dans la modulation de la motivation, du comportement dirigé, de la récompense et de la capacité à initier une activité. Elle intervient également dans la régulation de l'attention, du contrôle moteur et des circuits du plaisir.
- La noradrénaline est principalement impliquée dans la vigilance, l'attention sélective, la mémorisation et la réponse adaptative au stress. Elle participe activement à la capacité de concentration et à la gestion des informations émotionnelles.
- La sérotonine régule l'humeur, l'anxiété, le sommeil, ainsi que l'impulsivité. Elle contribue au maintien d'une stabilité émotionnelle et joue un rôle clé dans la gestion de la frustration et dans le contrôle des comportements impulsifs.
- L'Acide Gamma-AminoButyrique (GABA) est le principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central. Il contribue à la régulation de l'excitabilité neuronale et favorise la relaxation. Il limite l'hyperexcitabilité cérébrale et participe au maintien d'un équilibre émotionnel stable.
- L'ocytocine, le cortisol et l'acétylcholine, qui modifient respectivement l'harmonie relationnelle, le stress et la mémoire, sont également affectés lors d'un TDAH.

Chez un individu non atteint de TDAH, l'interaction harmonieuse de ces neurotransmetteurs permet un contrôle optimal des fonctions exécutives, une gestion adéquate des émotions et une adaptation comportementale efficace aux exigences de l'environnement. Cette hypothèse est confirmée par le résultat positif obtenu suite à l'instauration de psychostimulant. En effet, les traitements semblent augmenter le taux de ces neurotransmetteurs (28) (Figure 11).

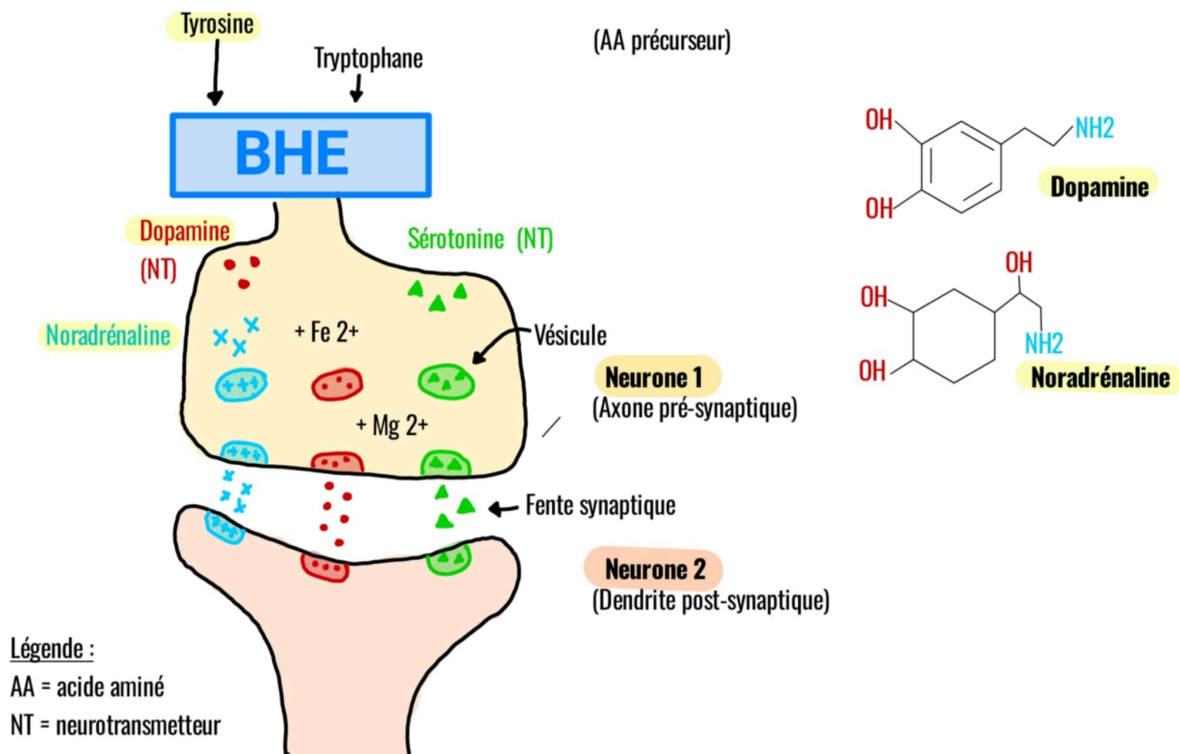


Figure 11 : Fonctionnement du système dopamine-sérotonine-noradrénaline chez un patient non TDAH

Chez les personnes atteintes du TDAH, l'interaction de ces neurotransmetteurs est mal régulée, ce qui entraîne la triade symptomatique du TDAH (tableau 2). En effet des études ont montré qu'une diminution de ces neurotransmetteurs, essentiellement dopamine et noradrénaline, serait responsable du comportement hyperactif ou désorganisé ainsi qu'un manque de tolérance à la frustration.

Tableau 2 : Les différents neurotransmetteurs et conséquences de leur dérèglement dans le TDAH

	Contrôle physiologique	Lien	Déficit	Excès
DOPAMINE	Comportement et motivation	Direct	Démotivation, inattention, dépression apathique	Impulsivité, hyperactivité, addiction, Tics
NORADRÉNALINE	Anxiété, vigilance, mémorisation	Direct	Hypersensibilité, stress chronique	Démotivation, inattention, dépression
SÉROTONINE	Humeur, Anxiété, Sommeil	Indirect	Trouble de l'humeur, burn out, dépression	/

3) Facteurs génétiques

Les données issues d'études sur les familles, les jumeaux et les enfants adoptés suggèrent que le TDAH est un trouble hautement héréditaire, avec une héritabilité estimée entre 0,6 et 0,9 (soit 60% - 90%), c'est l'un des troubles psychiatriques les plus influencés par des facteurs génétiques (29). Le TDAH est également reconnu comme un trouble polygénique impliquant l'interaction de nombreux variants génétiques de faible effet. Parmi les gènes les plus étudiés, ceux du système dopaminergique ont montré des associations significatives avec le TDAH. Des anomalies ont été observées au niveau du gène du transporteur de la dopamine (DAT1/SLC6A3), du récepteur dopaminergique D4 (DRD4), la présence de 7-repeat, ainsi que du récepteur D2 (DRD2). Ces altérations pourraient contribuer aux dysfonctionnements des circuits dopaminergiques impliqués dans l'attention, la

régulation des émotions et le contrôle des impulsions, fonctions souvent altérées chez les enfants atteints de TDAH (28).

4) Facteurs environnementaux

D'après les spécialistes, la variable socio-économique n'influe pas directement sur la prévalence du trouble, mais semble jouer un rôle significatif dans le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la pose du diagnostic. En effet, les enfants issus de milieux socioéconomiques défavorisés rencontrent souvent des obstacles dans l'accès aux soins (barrière financière, manque d'informations, difficulté à mobiliser les ressources médicales). Cela peut retarder l'identification et la prise en charge du trouble. À l'opposé, dans les milieux plus aisés, si l'accès aux soins est généralement plus facilité, d'autres freins peuvent apparaître: certains parents, notamment issus du milieu médical, peuvent adopter une attitude plus exigeante ou sceptique retardant à leur tour la consultation spécialisée. Ainsi, bien que le TDAH soit un trouble transversal affectant toutes les classes sociales, la difficulté réside principalement dans l'inégalité d'accès au diagnostic précoce et l'accompagnement adapté (30).

5) Comorbidités

Les personnes atteintes de TDAH présentent fréquemment des comorbidités psychiatriques, neurodéveloppementales, ainsi que diverses affections médicales générales. Il est donc essentiel d'adopter une approche globale afin de prévenir les complications et de réduire la sévérité des symptômes du trouble. Selon Reale et al. 2017, les données de la littérature (chez l'enfant et l'adolescent) de trouble du développement du langage, de trouble de l'usage de substance et de trouble dépressif sont trop imprécises pour indiquer une prévalence moyenne (Figure 12) (31).

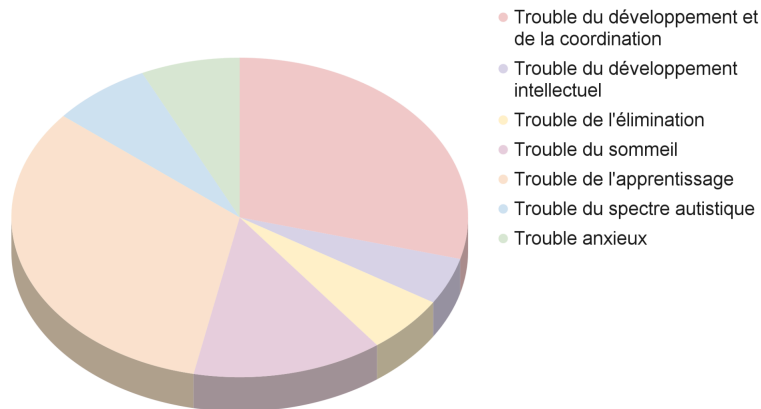


Figure 12 : Diagramme des principales comorbidités psychiatriques et affections médicales générales du TDAH chez l'enfant et l'adolescent selon Reale et al. (2017).

a) Définitions des différentes comorbidités

Le TDAH est souvent associé à d'autres troubles et/ou comorbidités. Ceux-ci affectent directement le développement et la vie quotidienne de l'enfant. Voici une vue d'ensemble des comorbidités les plus observées chez les enfants atteints de TDAH (Figure 13).

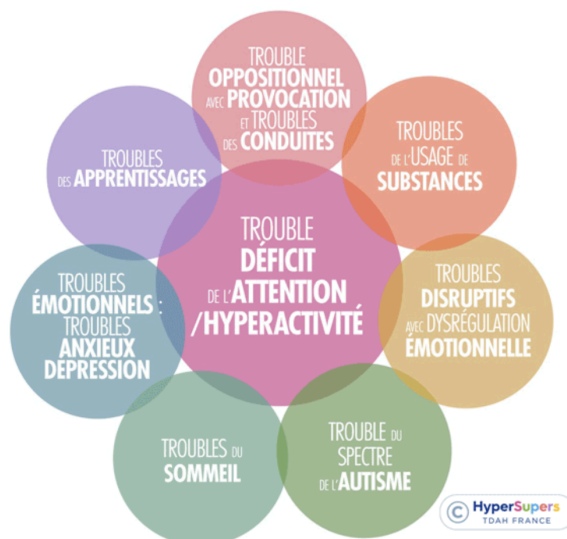


Figure 13 : Vue d'ensemble sur les comorbidités liées à un enfant diagnostiqué TDAH

Ces troubles peuvent être complexes à comprendre. Voici une présentation claire et courte de chacun d'eux (Tableau 3)

Tableau 3 : Principaux troubles et comorbidités associés au TDAH

Troubles de l'apprentissage	C'est une difficulté persistante à acquérir et à utiliser certaines compétences scolaires comme la lecture (dyslexie), l'écriture (dysorthographe) ou les mathématiques (dyscalculie). Ces troubles ne sont pas liés à un manque d'intelligence, mais plutôt à une manière différente de traiter l'information.
Trouble du spectre autistique	C'est un trouble neuro-développemental qui affecte la communication, les interactions sociales, les comportements et les intérêts. Les signes peuvent varier largement d'une personne à l'autre. Certaines personnes ont besoin de beaucoup de soutien, d'autres très peu.
Trouble oppositionnel avec provocation	C'est un comportement durable de défi, d'hostilité ou de provocation envers les figures d'autorité (parents, enseignants...). L'enfant ou l'adolescent peut souvent argumenter, refuser d'obéir, se mettre en colère ou blâmer les autres pour ses erreurs.
Troubles anxieux	Il s'agit de troubles caractérisés par une peur ou une inquiétude excessive, qui interfèrent avec la vie quotidienne. Chez les enfants et les adolescents, cela peut se manifester par des peurs intenses (peur de l'école, de la séparation, etc.), des crises d'angoisse ou une grande nervosité.
Troubles du sommeil	Cela comprend des difficultés d'endormissement, des réveils fréquents, des cauchemars, des terreurs nocturnes, du somnambulisme ou de l'insomnie. Ces troubles peuvent affecter la concentration, l'humeur et le comportement pendant la journée.
Trouble bipolaire	C'est un trouble de l'humeur où la personne alterne entre des périodes de manie (humeur très élevée, agitation, idées grandioses) et des périodes de dépression (tristesse intense, fatigue, perte d'intérêt). Ces changements sont plus intenses et durables que les simples variations d'humeur.

Trouble de l'élimination	Il inclut des troubles comme l'énurésie (pipi au lit ou en dehors des toilettes après l'âge où cela devrait être maîtrisé) et l'encoprésie (émission de selles involontairement ou volontairement dans des endroits inappropriés). Ces troubles sont souvent liés à des facteurs psychologiques ou médicaux.
Trouble du développement intellectuel	Aussi appelé déficience intellectuelle, c'est une limitation significative du fonctionnement intellectuel (raisonnement, apprentissage, résolution de problèmes) et des comportements adaptatifs (autonomie, communication). Elle apparaît avant l'âge de 18 ans.
Trouble du développement et de la coordination	Aussi connu sous le nom de dyspraxie, c'est une difficulté à coordonner les mouvements, souvent visible dans les gestes du quotidien (attacher ses lacets, utiliser des ustensiles, écrire...). Ce n'est pas lié à un problème de motricité pure (muscles ou nerfs), mais à la planification des mouvements.

Partie 2 : Prise en charge du TDAH

Chapitre 1 : Prise en charge non médicamenteuse du TDAH chez l'enfant

Avant d'envisager un traitement pharmacologique, notamment dans les formes légères à modérées du TDAH, les approches non médicamenteuses doivent être systématiquement explorées. Elles visent à améliorer les compétences attentionnelles, émotionnelles et comportementales de l'enfant, tout en soutenant son entourage.

La diversité des prises en charge non médicamenteuses permet une approche individualisée, combinant des outils psychoéducatifs, des stratégies comportementales, des interventions cognitives et paramédicales, ainsi que des aménagements scolaires.

De nombreuses ressources sont aujourd'hui disponibles pour guider les familles, on peut citer notamment la plateforme des autorités de réglementation de l'ontario (ORA), qui a pour mission "d'accompagner pour mieux comprendre vos besoins ou ceux de votre enfant", et qui centralise des articles, formations et consultations avec des professionnels spécialisés dans le TDAH. Les approches sont psychologiques et éducatives (32).

1) Les interventions générales

a) La psychoéducation

La psychoéducation a pour objectif d'informer le patient et son entourage sur les caractéristiques du trouble, afin de favoriser une meilleure compréhension, une gestion plus adaptée des symptômes et une implication active dans le parcours thérapeutique. Celle-ci se déroule en séance parent(s)/enfant(s), parent/parent, enfant/enfant selon l'âge, souvent sous forme de jeu de rôle ludique afin de faciliter la compréhension des enfants.

Les objectifs de ces séances sont de :

- Comprendre le fonctionnement du TDAH ainsi que les difficultés qui y sont associées.
- Découvrir et mettre en œuvre des stratégies cognitives et comportementales pour améliorer le quotidien.
- Renforcer l'autonomie du patient et de son entourage, en les aidant à identifier des solutions concrètes face aux situations problématiques.

En apportant des repères clairs et des outils pratiques, la psychoéducation contribue à créer une alliance thérapeutique solide et à optimiser l'efficacité des autres interventions (33).

Voici, ci-dessous un exemple typique de choses à aborder pendant les séances, le tout sous forme de mini jeux et de courte explication / vidéo afin de garder l'enfant concentré et intéressé le plus possible :

- Qu'est-ce que le TDAH ?
- Impact sur l'attention, l'impulsivité, l'hyperactivité.
- Comprendre le fonctionnement du cerveau.
- Importance des routines et de la structure.
- Rôle des parents et de l'école.
- Présentation des interventions possibles.

b) Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) vise à aider une personne à comprendre et à modifier ses pensées (cognitions) et ses comportements qui peuvent être problématiques. Cette thérapie repose sur l'idée que nos pensées, nos émotions et nos comportements sont liés. Une pensée négative (« Je suis nul(le) »)

peut entraîner une émotion désagréable (tristesse, anxiété), qui peut mener à un comportement inadapté (isolement, évitement, agressivité).

L'objectif ici est d'identifier les pensées et comportements négatifs afin de pouvoir les modifier. Pour cela, le patient apprend à observer ses réactions, à les relier à ses pensées, puis à les remplacer par des alternatives plus positives. Il s'agit également de mettre en place de nouvelles habitudes plus adaptées et bénéfiques (34) (35).

Exemples typiques de choses à aborder pendant les séances :

- Auto-instruction : apprendre à verbaliser les étapes d'une tâche pour mieux la contrôler.
- Planification et gestion du temps : emploi du temps, listes, rappels.
- Récompenses et renforcements positifs : systèmes de points, encouragements.
- Techniques de relaxation : pour gérer le stress et l'impulsivité.
- Jeux de rôle : pratiquer des comportements sociaux appropriés.

c) La régulation des émotions

Qu'est-ce qu'une émotion ? Selon le Larousse, une émotion est définie comme un trouble soudain ou une agitation passagère, provoquée par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc. Il s'agit d'une réaction affective transitoire, généralement de forte intensité, qui survient en réponse à une stimulation provenant de l'environnement (36).

Chez les enfants atteints du TDAH, la gestion des émotions est souvent difficile, et celles-ci prennent parfois des proportions exagérées. Les émotions se manifestent de manière impulsive et ne durent que quelques instants. Il n'existe pas d'émotions "positives" ou "négatives" en soi : toutes les émotions sont considérées comme des messagers.

On distingue quatre émotions primaires : la joie, la colère, la tristesse et la peur, auxquelles on peut ajouter deux émotions supplémentaires, le dégoût et la surprise (Figure 14). Il existe également deux émotions liées à la socialisation : la honte et la culpabilité. Ces émotions sont de plus en plus mises en avant aujourd'hui, notamment pour aider les enfants à mieux comprendre leurs ressentis. L'engouement récent autour de la représentation des émotions, notamment avec le film *Vice-Versa* de Disney®, témoigne de cette prise de conscience croissante. (37)

En pratique, il existe plusieurs stratégies que les parents peuvent adopter pour mieux comprendre et gérer les émotions de leurs enfants. Par exemple, on peut leur suggérer d'imprimer une « météo des émotions », d'encourager l'enfant à verbaliser ce qu'il ressent et d'explorer ensemble les déclencheurs de ses émotions à un moment donné.

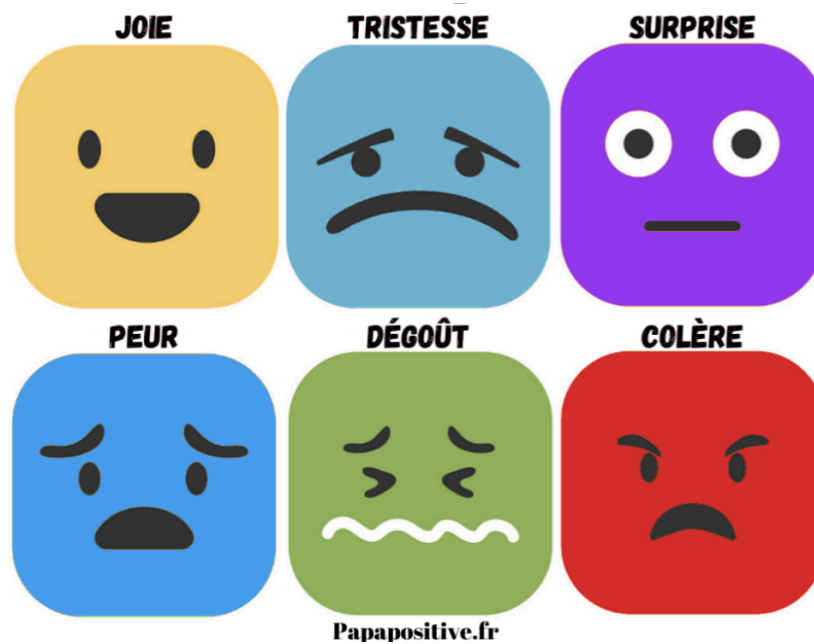


Figure 14 : Représentation des émotions

d) La remédiation cognitive

La remédiation cognitive est une approche thérapeutique qui vise à améliorer le fonctionnement cognitif des personnes. Elle consiste à proposer des exercices qui sollicitent les fonctions exécutives déficitaires. Dans le cadre du TDAH, elle constitue une composante essentielle de la prise en charge de ce trouble. On distingue deux types de remédiation :

- La remédiation métacognitive, qui agit indirectement sur les réseaux neuronaux impliqués dans chaque fonction cognitive. Elle s'appuie sur la «théorie de l'émergence», selon laquelle les fonctions cognitives émergent des processus sous-jacents des réseaux neuronaux.
- La remédiation neurocognitive, qui vise à restaurer le fonctionnement ou à réorganiser les réseaux neuronaux qui sous-tendent les processus neuropsychologiques. Cette approche considère que les fonctions cognitives découlent directement de ces réseaux (38) (39).

Un exemple concret de remédiation cognitive est le programme Cogmed®, un outil en ligne conçu pour améliorer l'attention et la mémoire de travail. Ce programme de remédiation cognitive est particulièrement adapté pour accompagner les personnes atteintes de TDAH (40).

2) *Les interventions paramédicales ciblées*

a) L'ergothérapie

L'ergothérapie est une discipline paramédicale qui est fondée sur la pratique de soins sur la santé et l'activité humaine (41).

Les principaux objectifs de l'ergothérapie sont (42) :

- Améliorer l'organisation, la planification, la gestion des activités de la vie quotidienne, ainsi que le temps qu'on leur accorde

- Améliorer la concentration et l'attention notamment lors d'activité scolaire
- Mettre en place des stratégies d'autorégulation, par exemple en identifiant les signaux de perte de concentration et en y répondant de manière adaptée

b) L'orthophonie

L'orthophonie est une discipline paramédicale qui étudie les troubles du langage oral et écrit, et qui les traite par la rééducation (43).

Les principaux objectifs sont de (44) :

- Réduire l'écart au niveau du langage
- Aider l'enfant à maximiser ses aptitudes au niveau de la communication
- Outiller l'enfant et son entourage pour pallier les difficultés rencontrées au quotidien et à l'école. Cela inclut notamment des conseils aux parents et aux enseignants qui peuvent adapter leurs façons de communiquer pour faciliter les échanges.

3) L'intervention éducative et familiale

a) La formation et l'accompagnement des parents

L'intervention éducative et familiale va notamment permettre aux parents de mieux comprendre le TDAH de leur enfant. Elle permettra un meilleur accompagnement de l'enfant et donnera des pistes aux parents pour encadrer et aider au mieux leur enfant.

Parmi les formations connues, il existe l'association "HyperSuper TDAH France" qui propose une formation en distanciel, composé de 9 modules (45) :

- Introduction : Définition du TDAH et présentation de la formation
- Module 1 - Historique du TDAH
- Module 2 - Le TDAH au sein des TND – Les Filières de soin
- Module 3 - Pourquoi on a un TDAH? (Etiopathogénie)
- Module 4 - Critères, symptômes et diagnostic du TDAH de l'enfant à l'adulte
- Module 5 - Les troubles associés
- Module 6 - Le projet de soin
- Module 7 - La mise en place du projet de soins (accompagnement du patient)
- Module 8 - Accompagner les proches
- Module 9 - Les aides et aménagements scolaires

Cette formation, suivie personnellement dans le cadre de ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le TDAH, de mieux comprendre les enjeux du diagnostic et de l'accompagnement, et d'identifier des outils concrets pour soutenir les familles au quotidien (Annexe 1).

Elle est organisée par des professionnels de santé, notamment des psychiatres spécialisés dans le TDAH, ce qui garantit la qualité et la fiabilité des informations transmises.

C'est une formation que je recommanderais vivement à tous les parents, proches, ou personnes concernées par le TDAH, ainsi qu'aux professionnels de santé souhaitant enrichir leurs connaissances et améliorer leur accompagnement des personnes atteintes de ce trouble.

b) Le rôle des associations de patients

Les associations comme TDAH France, Focus TDAH ou bien encore HyperSupers TDAH France jouent un rôle clé :

- Elles offrent un soutien moral et pratique aux familles
- Elles organisent des rencontres entre famille d'enfant TDAH

- Elles organisent des groupes de parole, des conférences et des formations
- Elles militent pour une meilleure reconnaissance du trouble

c) L'accompagnement scolaire

La question du choix du dispositif d'accompagnement adapté à chaque élève se pose fréquemment (Figure 15).

Différents plans existent, chacun répondant à des besoins spécifiques et impliquant des acteurs distincts.

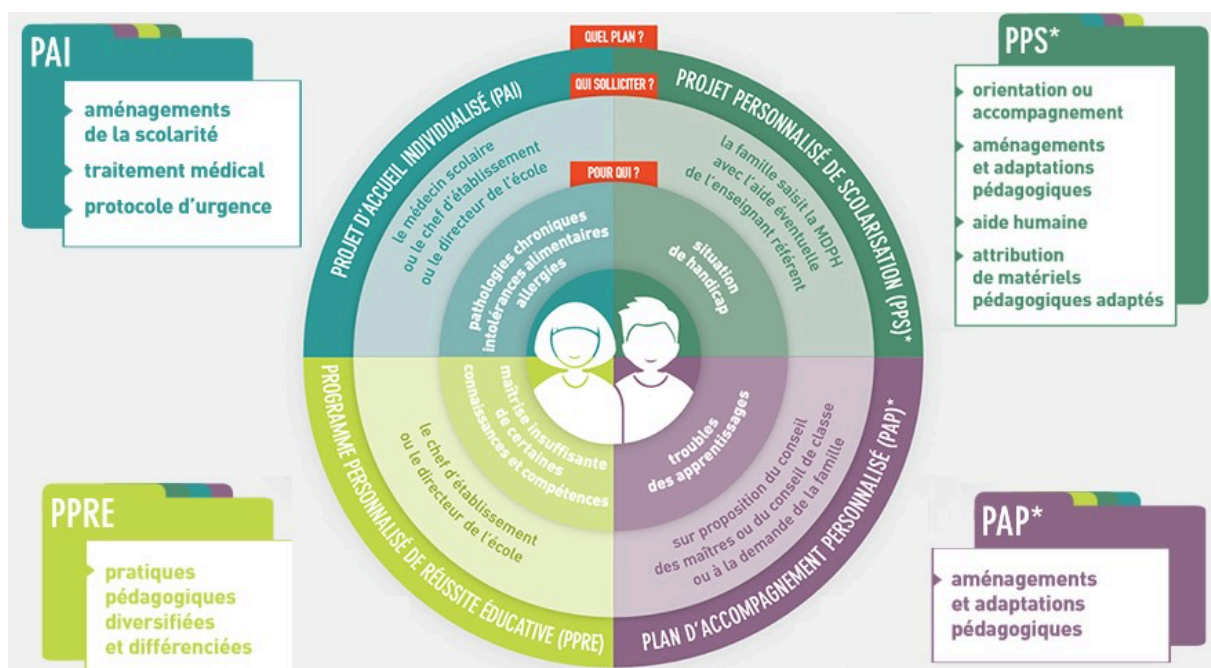


Figure 15 : Accompagnement scolaire, quel plan pour qui ?

Le Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) est un dispositif pédagogique destiné aux élèves présentant des troubles des apprentissages. Il est mis en place à l'initiative des enseignants et/ou des parents, mais nécessite au préalable une évaluation médicale par un professionnel de santé qualifié. Il permet de formaliser les aménagements pédagogiques nécessaires pour assurer un suivi scolaire adapté,

en particulier lorsque la situation de l'élève ne justifie pas une saisine de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) (46).

Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est élaboré à la demande de la famille, en concertation avec le directeur de l'établissement, l'équipe pédagogique et le médecin scolaire, à partir des informations transmises par le médecin qui suit l'enfant. Il s'adresse aux enfants souffrant de troubles chroniques de la santé ou nécessitant une prise médicamenteuse au sein de l'école. Sans préciser la nature de la pathologie, pour des raisons de déontologie, ce document prévoit des aménagements adaptés, tels que des ajustements de l'emploi du temps pour permettre des suivis thérapeutiques (orthophonie, psychomotricité, thérapies spécialisées) ou la gestion de la prise de médicaments pendant le temps scolaire (47).

Le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) est un dispositif plus structuré, validé par la MDPH. Il définit, en collaboration avec les enseignants, les parents et l'élève, les modalités de déroulement de la scolarité ainsi que les aides et aménagements nécessaires. Celles-ci peuvent inclure un accompagnement humain (accompagnant d'élève en situation de handicap : AESH), des aménagements du temps scolaire, l'orientation vers une unité spécialisée (unité localisée pour l'inclusion scolaire : ULIS, unité pédagogique d'inclusion : UPI), le recours à un service médico-social (service d'éducation personnalisé et de soin à domicile : SESSAD), ou encore la mise à disposition de matériels pédagogiques adaptés et l'aménagement des conditions d'examen (48) (Figure 16).

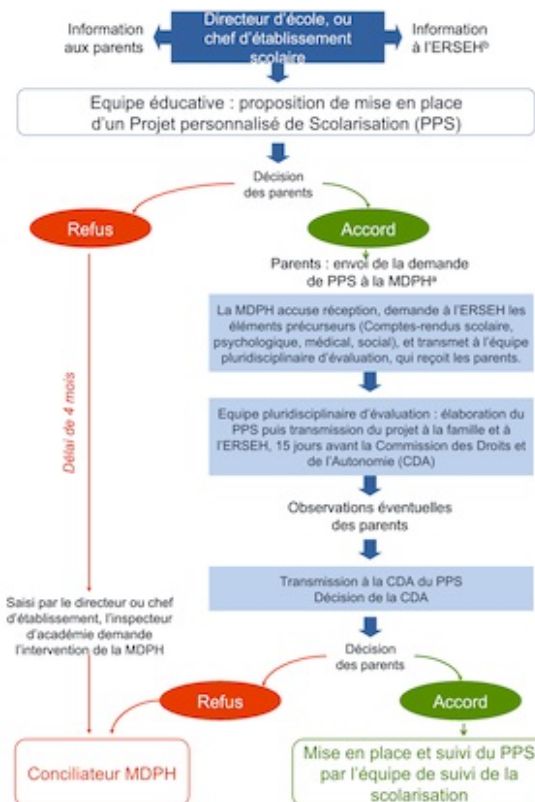


Figure 16 : Procédure de mise en place d'un Projet Personnalisé de Scolarisation

Enfin, le Programme Personnalisé de Réussite Éducative (PPRE) est un plan d'action entre l'école et la famille. Il fixe des objectifs prioritaires d'apprentissage et précise les moyens pédagogiques mis en œuvre pour les atteindre. Destiné à répondre à des difficultés ponctuelles, il constitue une étape préalable avant la mise en place éventuelle d'un dispositif plus durable, tel qu'un PAP ou un PPS (49).

Les approches complémentaires et alternatives

a) Le neurofeedback

Le neurofeedback est une technique qui repose sur l'observation et la régulation de l'activité cérébrale. Grâce à des capteurs placés sur le cuir chevelu, l'activité

électrique du cerveau (EEG) est enregistrée et analysée. Cela permet de visualiser en temps réel comment le cerveau réagit face à certaines situations.

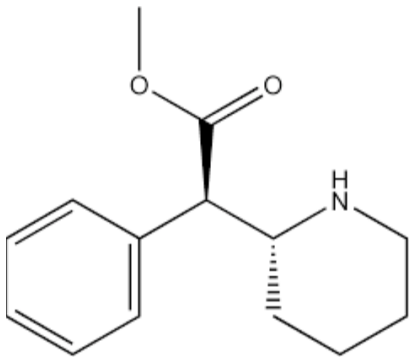
Le but pour le patient est d'apprendre à mieux contrôler cette activité cérébrale, afin d'orienter ses réactions vers un état plus stable et équilibré. Le cerveau s'entraîne ainsi à mieux fonctionner, grâce au feedback immédiat qu'il reçoit de son propre fonctionnement (50) (51).

Chapitre 2 : Prise en charge médicamenteuse du TDAH

1) Psychostimulant : Méthylphénidate (52) (53) (54)

Afin de mieux comprendre l'utilisation du méthylphénidate dans le cadre du TDAH, le tableau suivant détaille son indication, les posologies, ainsi que les effets attendus et les éventuels effets indésirables et contre-indications. Celui-ci aborde également les modalités de prescription de la part du médecin, et les modalités de délivrance pour le pharmacien d'officine.

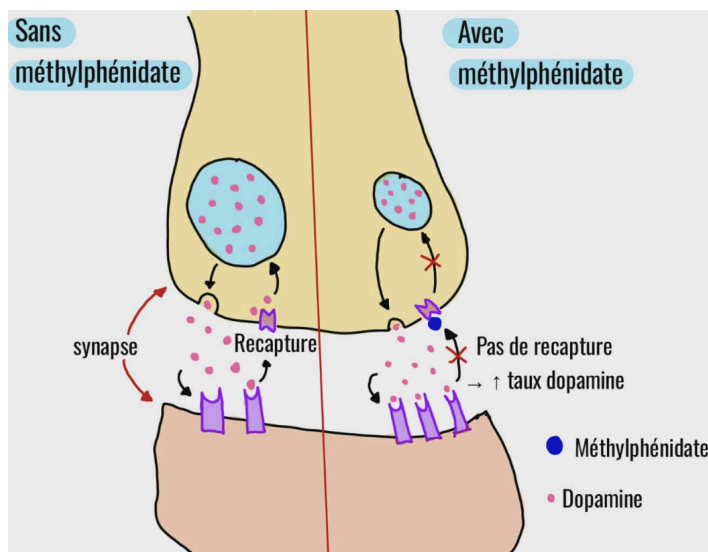
Tableau 4 : Méthylphénidate

MOLÉCULE	<p>Méthylphénidate</p> 
NOM COMMERCIAL	Ritaline® LI, Ritaline® LP Medikinet® LM Concerta® LP Quasym® LP
INDICATION	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
POSOLOGIE	60 mg /j max chez les enfants de 6 à 18 ans

<p>VOIE D'ADMINISTRATION ET FORME GALÉNIQUE</p>	<p>Voie orale, de préférence le matin, pendant les repas, avec un grand verre d'eau.</p> <p>3 formes différentes : LI (libération immédiate), LM (libération modifiée), LP (libération prolongée)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>!!</i> s'il y a difficulté à avaler ou un trouble de la déglutition, la gélule peut être ouverte et dispersée sur un aliment semi-solide tel qu'une compote, un yaourt, froid afin de pas altérer la dispersion de la molécule.
<p>MÉCANISME D'ACTION</p> <p><u>(Figure 17)</u></p>	<p>Action dopaminergique ⇒ inhibiteur de la recapture de la dopamine, augmentation de la dopamine dans l'espace neuronal et prolongation de son effet ⇒ effet psychostimulant. En augmentant l'activité dopaminergique, on a une meilleure circulation de l'information et donc une augmentation de la concentration ainsi que de la vigilance. Il régule également les mouvements et les émotions.</p> <p>+/- inhibiteur de la recapture de la noradrénaline</p>
<p>EFFETS INDÉSIRABLES</p>	<p>Proportionnels au dosage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte d'appétit ou de poids, Déficit de croissance ⇒ <i>Il est donc important d'avoir une surveillance accrue de la courbe de poids et de taille</i> - Nausées, vomissements, maux d'estomac - Insomnies et troubles du sommeil, - Alopécie, - Hyperhidrose, - Sécheresse buccale, - Céphalées, - Palpitations cardiaques, tachycardie

<p>CONTRE-INDICATIONS</p>	<p>34 CI absolues dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - antécédents d'anorexie mentale - antécédents de dépression ou d'idées suicidaires - pathologie cérébro-vasculaire - vascularite <p>23 précautions d'emploi dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - anomalie cardiaque structurelle - antécédents de convulsions - insuffisance hépatique et/ou rénale - syndrome de Gilles de la Tourette
<p>MODALITÉS DE PRESCRIPTION</p>	<p>En seconde intention après échec des traitements non médicamenteux; Prescription annuelle par un spécialiste en neurologie, en pédiatrie, en psychiatrie ou exerçant dans les centres du sommeil. Renouvellement non restreint, ordonnance sécurisée pour 28 jours maximum. Traitement à réévaluer après 1 mois sans amélioration.</p>
<p>MODALITÉS DE DÉLIVRANCE</p>	<p>Réglementation des stupéfiants : Ordonnance sécurisée avec spécialité, posologie, durée, écrit en toutes lettres. Durée maximum de 28 jours. Nom de la pharmacie délivrant le traitement mentionné sur l'ordonnance.</p>

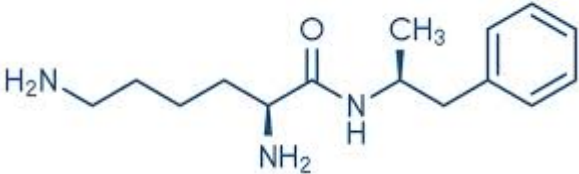
Figure 17 : Rôle du méthylphénidate dans la synapse dopaminergique. À gauche : le fonctionnement de la synapse avec la recapture de la dopamine. À droite : le Méthylphénidate inhibe la recapture de la dopamine, en augmentant sa disponibilité en cas de besoin



2) Psychostimulant : Lisdexamfetamine (53) (54) (55) (56)

Afin de mieux comprendre l'utilisation du Lisdexamfétamine dans le cadre du TDAH, le tableau suivant détaille son indication, les posologies, ainsi que les effets attendus et les éventuels effets indésirables et contre-indications. Celui-ci aborde également les modalités de prescription de la part du médecin, et les modalités de délivrance pour le pharmacien d'officine.

Tableau 5 : lisdexamphétamine

MOLÉCULE	<p style="text-align: center;">Lisdexamfetamine</p> 
NOM COMMERCIAL	Elvanse® 20mg, 30mg, 40mg , 60mg et 70mg.
INDICATION	Traitement de 2ème intention dans le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Non disponible en France pour le moment, sauf AAP (Autorisations d'Accès Précoce).
POSOLOGIE	<p>Traitement initial : 20 à 30 mg en une prise</p> <p>Traitement ultérieur : augmentation de la posologie par palier de 20 mg sans dépasser les 70 mg par jour, en une seule prise.</p> <p>Réservé aux enfants de plus de 6ans,et à l'adulte.</p>
VOIE D'ADMINISTRATION ET FORME GALÉNIQUE	<p>Voie orale, de préférence le matin, indépendamment des repas, avec un grand verre d'eau.</p> <p>// s'il y a difficulté à avaler ou un trouble de la déglutition, la gélule peut être ouverte et mélangée avec des aliments.</p>

<p>MÉCANISME D'ACTION</p> <p>(Figure 18)</p>	<p>Prodrogue de la dextro-amphétamine (et l-lysine) qui agit en augmentant la libération de la dopamine, la noradrénaline et plus ou moins la sérotonine. Ce qui entraîne une stimulation du système nerveux central, et donc une amélioration de la concentration, de l'attention, des fonctions exécutives, l'hyperactivité et l'éveil.</p>
<p>EFFETS INDÉSIRABLES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perte d'appétit ou de poids, déficit de croissance ⇒ <i>Il est donc important d'avoir une surveillance accrue de la courbe de poids et de croissance</i> - Nausées, vomissements, douleurs abdominales - Insomnies, - Bruxisme - Sécheresse buccale, - Céphalées, - Palpitations cardiaques, tachycardie
<p>CONTRE-INDICATIONS</p>	<p>9 CI absolues dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - allaitement - glaucome - hypertension artérielle modérée à sévère - hyperthyroïdie - maladie cardiovasculaire <p>36 précautions d'emploi dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - anomalie cardiaque structurelle - antécédent de convulsions - insuffisance hépatique et/ou rénale - syndrome de Gilles de la Tourette

MODALITÉS DE PRESCRIPTION	<p>En seconde intention après échec des traitements non médicamenteux, et d'un traitement par méthylphénidate.</p> <p>Prescription annuelle par un spécialiste en neurologie, en pédiatrie ou en psychiatrie. Renouvellement non restreint, ordonnance sécurisée pour 28 jours maximum.</p>
MODALITÉS DE DÉLIVRANCE	<p>Réglementation des stupéfiants : Ordonnance sécurisée avec spécialité, posologie, durée, écrit en toutes lettres. Durée maximum de 28 jours. Nom de la pharmacie délivrant le traitement mentionné sur l'ordonnance.</p>

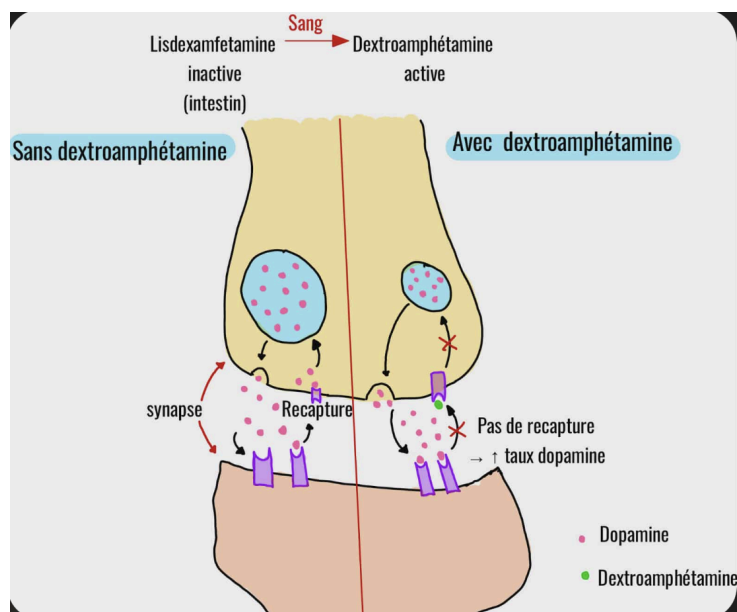
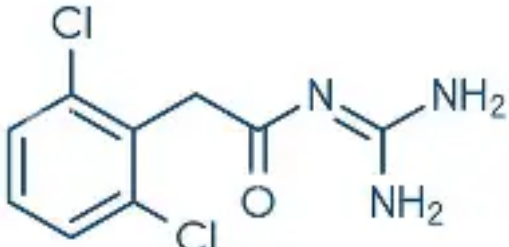


Figure 18 : Rôle du Lisdexamphétamine dans la synapse dopaminergique. À gauche : le fonctionnement de la synapse avec la recapture de la dopamine. À droite : le lisdexamphétamine inhibe la recapture de la dopamine, en augmentant sa disponibilité en cas de besoin

3) Non psychostimulant : Guanfacine (53) (54) (57)

Afin de mieux comprendre l'utilisation de la Guanfacine dans le cadre du TDAH, le tableau suivant détaille son indication, les posologies, ainsi que les effets attendus et les éventuels effets indésirables et contre-indications. Celui-ci aborde également les modalités de prescription de la part du professionnel de santé, et les modalités de délivrance pour le pharmacien d'officine.

tableau 6 : Guanfacine

	<p>guanfacine</p> 
NOM COMMERCIAL	Intuniv®
INDICATION	<p>Traitement de dernière intention dans le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez les enfants de 6 à 17 ans, chez qui les médicaments psychostimulants ne sont pas adaptés, n'ont pas été tolérés et/ou efficaces.</p> <p>Elle a été approuvée aux États-Unis en 1986 et en Europe en 2015 et à l'AMM en France avec un avis favorable au remboursement en ville depuis mai 2017. (58) Toujours pas commercialisé en France.</p>
POSOLOGIE	<p>Libération immédiate : 1 à 2 mg par jour (1 mg au coucher pendant 3 à 4 semaines puis augmentation à 2 mg)</p> <p>Libération prolongée : 1 à 4 mg par jour (1 mg/j augmenter de 1 mg)</p>

	par semaine jusqu'au 4 mg maximum)
VOIE D'ADMINISTRATION ET FORME GALÉNIQUE	Voie orale, à distance des repas riches en matières grasses, avec un grand verre d'eau. 2 formes différentes : LI (libération immédiate), LP (libération prolongée)
MÉCANISME D'ACTION (Figure 19)	Effets centraux sur les récepteurs post-synaptiques alpha 2 adrénergiques dans le cortex préfrontal. 15 à 20 fois plus sélectif pour les récepteurs 2A que les récepteurs 2B et 2C. Agoniste alpha adrénergique, et sans effet psychostimulant. Elle ne joue pas sur la recapture de la dopamine, mais plutôt sur la transmission synaptique au niveau du cortex préfrontal.
EFFETS INDÉSIRABLES	<ul style="list-style-type: none"> - sédation, étourdissements - bradycardie sinusale - hypotension - sécheresse buccale - constipation, douleurs abdominales
CONTRE-INDICATIONS (59)	CI absolues dont : <ul style="list-style-type: none"> - allaitement - antécédents d'hypotension, bradycardie
MODALITÉS DE PRESCRIPTION	En dernière intention après échec des traitements non médicamenteux, et d'un traitement psychostimulant, selon le rapport de la HAS : <ul style="list-style-type: none"> • SMR faible, dû aux nombreux EI et à la surveillance accrue de ceux-ci par rapport à l'effet positif modeste contre un placebo.

- ASMR V = 0 par rapport au méthylphénidate
Pas prescrit en France, car pas commercialisé.

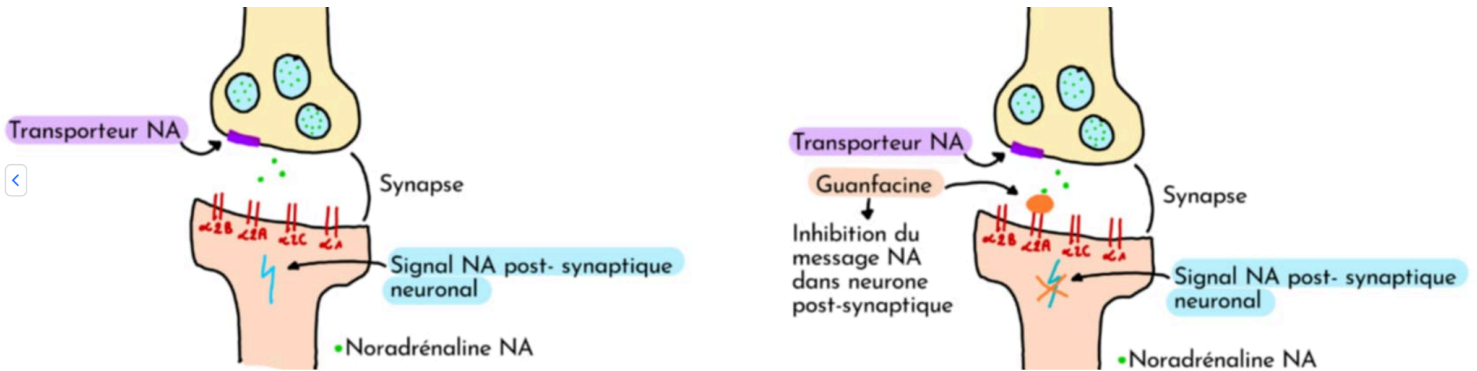








Figure 19 : Rôle du guanfacine dans la synapse noradrénaline .À gauche : le fonctionnement de la synapse avec la transmission du message noradrénergique. À droite : la guanfacine qui inhibe la transmission du message post-synaptique de la noradrénaline.

Voici un tableau récapitulatif des spécialités pour le traitement du TDAH, basé d'après un guide, écrit par Pr Nader Perroud, Service des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, du centre hospitalier de Genève, SUISSE (60) .

Tableau n° 7 : récapitulatif traitement TDAH

Princeps	Molécule	Présentation	Durée d'action	Particularité	Remboursement
Méthylphénidate	Ritaline ® LI	comprimé 10 mg 	3-4h (2-3 prises nécessaires)	Commencer à 5-10 mg/j puis titrer à un maximum de 60 mg/j	6-18 ans
	Ritaline LP ®	gélule 10, 20, 30 et 40 mg 	7-9h	Commencer à 10 mg/j puis titrer à un maximum de 60 mg/j - Peut être ouverte et mélangée à de la nourriture, semi-solide et froide	
	Quasym LP ®	gélule 10, 20 et 30mg 	6-8h	Commencer à 10 mg/j puis titrer à un maximum de 60 mg/j - Peut être ouverte et mélangée à de la nourriture, semi-solide et froide	
	Medikinet LM ®	gélule 5, 10, 20, 30 et 40 mg 	7-9h Possibilité d'une dose additionnelle de méthylphénidate, sous une forme à libération rapide, dans l'après-midi (avant 16h)	Commencer à 5-10 mg/j puis titrer à un maximum de 80 mg/j - Peut être ouverte et mélangée à de la nourriture, semi-solide et froide	6- 65 ans 78
	Concerta LP ®	comprimé 18, 36 et 54 mg 	10-12h	Commencer à 18 mg/j puis titrer à max 54 mg/j chez l'enfant et 72 mg/j chez l'adulte	
Lisdexamphétamine (prodrogue)	Elvanse ®	comprimé 20, 30, 50, 40, 60 et 70 mg 	13 - 14h	Commencer à 30 mg/j puis augmenter selon réponse ; dose max : 70 mg/j	Enfants dès 6 ans, adolescents et adultes ; uniquement si non réponse au méthylphénidate (médicament de seconde intention)

Partie 3 : Accompagner les patients atteints de TDAH

Chapitre 1 : Rôle et accompagnement du pharmacien d'officine

Le pharmacien occupe une position centrale dans la prise en charge du TDAH. Au-delà de la simple dispensation du traitement médicamenteux, il joue un rôle essentiel d'accompagnement, d'écoute et de conseil.

En effet, les médecins, souvent contraints par un temps de consultation faible, ne peuvent pas toujours répondre aux interrogations des patients et de leurs proches. La proximité des pharmaciens d'officine au comptoir offre aux parents une écoute supplémentaire et des explications claires et précises concernant ce trouble et ses traitements.

Le pharmacien devient alors un interlocuteur de choix, capable de les orienter, de les rassurer et de répondre à de nombreuses questions.

1) Délivrance particulière des médicaments du TDAH

Il est essentiel d'expliquer, dès le début de la prise en charge, les modalités de délivrance des traitements prescrits dans le cadre du TDAH. En effet, ces médicaments, classés parmi les stupéfiants, peuvent susciter des craintes chez les patients ou leurs proches. Cette classification est souvent associée, à tort, à l'usage de drogues illicites, ce qui peut être particulièrement inquiétant pour les parents d'enfants nouvellement diagnostiqués. Il est donc fondamental de replacer le méthylphénidate et les autres traitements dans leur contexte thérapeutique, en soulignant leur efficacité, leur encadrement strict et leur sécurité d'utilisation. Une telle démarche favorise une meilleure compréhension et permet d'instaurer une relation de confiance, indispensable à l'adhésion et à la continuité du traitement (46) (61).

Quand puis-je venir récupérer mon traitement à base de méthylphénidate ?

Le méthylphénidate, traitement de première intention dans la prise en charge du TDAH, est largement prescrit et délivré en France. Il est classé parmi les stupéfiants et conformément à la législation en vigueur, le patient dispose d'un délai de trois jours, à compter de la date figurant sur l'ordonnance, pour récupérer l'intégralité de son traitement. Au-delà de ce délai, dit "délai de carence", le pharmacien est tenu de procéder à un déconditionnement, en délivrant uniquement le nombre exact de comprimés nécessaire pour couvrir la période restante jusqu'à la prochaine consultation médicale. Cette règle vise à encadrer strictement l'usage du médicament tout en assurant la continuité du traitement dans un cadre sécurisé.

Puis-je envoyer quelqu'un d'autre chercher mon traitement ?

Selon la législation, la personne qui retire le traitement doit présenter la carte d'identité, la carte Vitale et l'ordonnance du patient.

Ici quand il s'agit d'enfant, les parents peuvent venir chercher le traitement à l'officine. Si la famille est connue de la pharmacie, en pratique, il arrive que la présentation de la pièce d'identité ne soit pas systématiquement exigée.

Cependant, il est important de garder à l'esprit que si le patient n'est pas connu de l'officine, celle-ci est en droit d'exiger la carte d'identité de l'enfant avant toute délivrance du traitement.

Pourquoi je dois aller tous les mois renouveler mon ordonnance ?

Un suivi médical régulier est indispensable avec ce type de traitement. Pour cette raison, la délivrance nécessite une ordonnance annuelle rédigée par un spécialiste, ainsi qu'un renouvellement mensuel possible par le médecin traitant. Cela permet de vérifier l'efficacité du traitement et l'état de santé du patient.

Puis-je venir en avance chercher mon traitement ?

Non. La réglementation est très stricte : il faut attendre la date inscrite sur l'ordonnance, et 28 jours après la précédente délivrance, puis on dispose de trois jours pour récupérer le traitement.

Une exception existe : l'apposition de la mention "chevauchement autorisé" expressément sur l'ordonnance par le prescripteur, dans ce cas, le traitement peut être récupéré même s'il y a de l'avance. Cette mention est apposée pour un départ en vacances ou dans de rares cas une perte de traitement.

Dois-je toujours venir à la même pharmacie ?

Pas nécessairement. Par exemple, lors d'un déplacement en France, il est possible de retirer son traitement dans une autre pharmacie. Il faut cependant que le médecin indique correctement la pharmacie sur l'ordonnance.

2) Voyager avec ces médicaments pour le TDAH

Il est important de vérifier que le médicament est licite dans le pays visité. En effet le méthylphénidate est classé comme stupéfiant en France et fait l'objet, à ce titre, d'une réglementation particulière pour sa prescription et sa délivrance. Il est également fréquemment classé comme stupéfiant dans d'autres pays mais la réglementation applicable peut être différente, voire plus restrictive qu'en France.

Dans certains pays, comme l'Indonésie, il peut être interdit, ce qui peut entraîner amende et/ou arrestation (62).

Dans tous les cas, pour sortir de la France il vous faudra (63) :

- Une ordonnance de votre traitement rédigée par votre médecin, traduit en anglais et prescrite en Dénomination Commune International (D.C.I)
- Transporter le médicament dans son emballage d'origine scellé, même si en pratique, cela n'est pas toujours possible
- Une quantité n'excédant pas la durée du voyage (+/- 2-3 jours autorisé)

Il est obligatoire de demander à L'Agence Régionale de Santé (ARS) une attestation d'autorisation de transport du médicament. Attention cette attestation est à demander à l'Agence Nationale de la Santé et du Médicament (ANSM) si le pays visité est hors espace Schengen (Annexe 2)

3) Approches thérapeutiques complémentaires en dehors des traitements conventionnels

Le pharmacien d'officine joue un rôle central dans le choix des approches thérapeutiques complémentaires et dans l'accompagnement des symptômes dont le patient souffre. Il est important de rappeler que ces approches ne se substituent pas aux traitements conventionnels, tels que le méthylphénidate, mais constituent un soutien complémentaire visant à améliorer le bien-être et la qualité de vie du patient.

a) Distinction entre médecine conventionnelle et traditionnelle

La **médecine conventionnelle**, aussi appelée médecine allopathique, repose sur des preuves scientifiques établies et sur des études cliniques contrôlées, validées par les autorités de santé. Elle vise à prévenir ou à soigner une pathologie grâce à des traitements :

- Médicamenteux : par exemple, le méthylphénidate pour le TDAH.
- Non médicamenteux : par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale.

L'efficacité et la sécurité de ces traitements sont évaluées avant leur mise sur le marché, et leur utilisation est strictement encadrée par des professionnels de santé

habilités. L'objectif principal de la médecine conventionnelle est de corriger la pathologie et de stabiliser l'état du patient.

En revanche, la **médecine traditionnelle et complémentaire** (selon l'OMS), également appelée médecine alternative ou douce, repose sur des pratiques issues de traditions empiriques ou de méthodes naturelles. Ces approches peuvent parfois être soutenues par des études cliniques, mais celles-ci sont généralement moins rigoureuses que celles de la médecine conventionnelle. Leur objectif est de soutenir le bien-être du patient, de réduire certains symptômes et d'améliorer leur qualité de vie, sans se substituer au traitement médical principal.

L'efficacité clinique de ces méthodes est moins documentée, et leur sécurité dépend d'un usage approprié et de la qualité des produits. L'objectif principal de la médecine traditionnelle et complémentaire est donc de compléter la prise en charge conventionnelle en soulageant des symptômes souvent secondaires.

Dans cette partie nous allons nous focaliser sur la médecine dite complémentaire et sur les conseils que nous pourrions fournir au comptoir.

Il est important de rappeler que les conseils ou compléments médicamenteux que nous pourrions proposer ne se substituent pas à une prise en charge globale et nécessitent l'avis d'un professionnel de santé. Il est nécessaire que l'enfant suive rigoureusement le traitement prescrit, les alternatives sont là en complément.

b) Phytothérapie

La phytothérapie est une médecine traditionnelle et complémentaire basée sur l'utilisation des plantes médicinales pour prévenir, soulager ou soigner des troubles mineurs.

La phytothérapie peut être sous forme de préparation pour tisane, infusion, gélules, teintures mères, aromathérapies. La bonne forme galénique, adaptée à l'enfant, permet une prise optimale du complément (64) (65).

En Europe, les médicaments à base de plantes peuvent être enregistrés selon l'usage traditionnel (où ils peuvent revendiquer des indications valides) ou via une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour certains extraits. Les monographies de l'EMA (European Medicines Agency) /HMPC (Committee on Herbal Medicinal Products) précisent les indications traditionnelles et les posologies.

Tableau 7 : Plantes pouvant être utilisées pour les TDAH

PLANTE	INDICATION	PROFIL	POURQUOI ?
Valériane, Passiflore, Tilleul	Insomnie, nervosité, anxiété légère, agitation nocturne.	!!/ déconseillés <12 ans (sauf tilleul) ⇒ peut être retrouvé dans des Compléments alimentaires (CA) sous dosés et donc autorisés pour un âge plus jeune.	Ces plantes possèdent des propriétés calmantes et sédatives naturelles. Elles aident à réduire la tension nerveuse, favoriser l'endormissement et améliorer la qualité du sommeil.
Ginkgo biloba	Troubles cognitifs légers, baisse de vigilance, déficit d'attention.	!!/ déconseillé < 18ans ⇒ peut être retrouvé dans des CA sous dosés et donc autorisés pour un âge plus jeune.	Reconnu pour ses effets neuroprotecteurs et circulatoires. Il favorise l'oxygénation cérébrale, soutient la mémoire et l'attention, et peut contribuer à améliorer la capacité d'apprentissage et la fonction cognitive globale.

Plantes adaptogènes : Rhodiola, Ashwagandha Ginseng de Sibérie	Stress chronique, surcharge mentale, baisse d'attention, troubles liés à la fatigue cognitive.	// Rhodiola et Ginseng de Sibérie déconseillés <12 ans et Ashwagandha déconseillé < 18ans ⇒ peut être retrouvé dans des CA sous dosés et donc autorisés pour un âge plus jeune < 18ans.	Les plantes adaptogènes aident l'organisme à s'adapter au stress, à renforcer la résistance mentale et physique, et à stabiliser l'attention et la concentration. Elles sont particulièrement adaptées aux adolescents soumis à des exigences scolaires élevées ou à un environnement émotionnellement stimulant.
Safran	Équilibre émotionnel et humeur positive	// déconseillé <12 ans ⇒ peut être retrouvé dans des CA sous dosés et donc autorisés pour un âge plus jeune.	Le safran a un effet modulateur sur l'attention, l'humeur et l'impulsivité. Il permet d'améliorer l'attention de l'enfant ainsi que de réguler son humeur.

En phytothérapie, l'usage est généralement déconseillé chez l'enfant de moins de 12 ans, sauf pour certaines plantes considérées comme sûres (ex : tilleul, camomille). Cette limite d'âge repose sur un manque de données cliniques plutôt que sur une toxicité démontrée.

Certaines plantes peuvent avoir des interactions médicamenteuses ou des contre-indications. L'accompagnement par un professionnel de santé est indispensable.

c) Aromathérapie

L'aromathérapie utilise les huiles essentielles (HE) extraites des plantes aromatiques pour leurs propriétés physiologiques et psychologiques. Elle peut aussi utiliser les hydrolats floraux, qui sont des eaux issues de la distillation des plantes et contiennent une quantité infime de principes actifs.

Les HE et hydrolats peuvent être commercialisées comme :

- Médicament avec potentiellement une AMM
- Produit cosmétique avec un marquage CE
- Complément alimentaire

// Certaines HE bénéficient d'une monographie EMA/HMPC, comme la lavande fine ou le ginkgo, mais la plupart, dont la camomille romaine et l'orange douce, reposent sur une utilisation empirique, avec une efficacité clinique limitée.

Les HE ne sont pas sans danger, il est donc important de ne pas les utiliser n'importe comment et d'avoir l'avis d'un professionnel de santé avant utilisation (66) .

Principes d'utilisation chez l'enfant (67) :

- Voie cutanée : préférée chez l'enfant, toujours diluée dans une huile végétale (ex. huile d'amande douce).
- Voie inhalée : possible, mais indirecte. Les HE peuvent être diffusées dans une pièce pendant une courte durée, en l'absence de l'enfant.
- Voie orale : généralement déconseillée pour les enfants.

Voici un exemple de conseil au comptoir adapté pour un enfant atteint de TDAH (68) :

- **Lavande fine** (*Lavandula angustifolia*) : pour l'agitation, l'anxiété légère et les troubles du sommeil
 - Voie inhalée : en diffusion ou dans une coupelle dans la chambre
 - Voie cutanée : 25-55 % d'un mélange dans de l'huile d'amande douce sur la face interne des poignets, le plexus solaire, à renouveler 5 jours par semaine
 - Hydrolat floral : bain relaxant, vaporisation dans la chambre, lotion corporelle

- **Camomille romaine** (*Chamaemelum nobile*) : pour agitation, nervosité et irritabilité
 - Voie inhalée : en diffusion 5 min, 2 fois/j
 - Voie cutanée : 2 gouttes en massage sur la voûte plantaire, à renouveler, max. 5 j / 7,
 - Hydrolat floral : bain relaxant, vaporisation dans la chambre
- **Orange douce** (*Citrus sinensis*) : pour agitation, nervosité et anxiété légère
 - Voie inhalée : en diffusion ou dans une coupelle dans la chambre
 - Voie cutanée : 25-55 % d'un mélange dans de l'huile d'amande douce sur la face interne des poignets, le plexus solaire, à renouveler 5 jours par semaine

d) Compléments Alimentaires

Un complément alimentaire (CA) est une denrée alimentaire destinée à compléter un régime nutritionnel normal. Il fournit des nutriments, vitamines, minéraux, plantes, ou d'autres substances à des doses physiologiques ET non thérapeutiques ⇒ ne doit pas revendiquer d'effet thérapeutique (69). Néanmoins, certains sont autorisés à utiliser des allégations de santé.

Tout ceci est réglementé par la directive 2002/46/CE et le décret français du 20 mars 2006 (70). Le fabricant doit faire une déclaration auprès de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) avant la mise sur le marché (71).

Les compléments alimentaires peuvent être sous forme de liquide avec compte-gouttes, de comprimés ou de gummies, il sera alors important de choisir la bonne forme galénique pour faciliter la prise du patient. Exemple de CA à conseiller au comptoir :

- Problème de concentration : Oméga type DHA (surtout pour la plasticité cérébrale)
 - Allégation de santé : il faut 250 mg/j pour contribuer au maintien d'une fonction cérébrale normale (72).
- Symptôme d'hyperactivité : magnésium (associé à de la vitamine B6 pour favoriser son absorption)
 - Valeur Nutritionnel de Référence (VNR) de 300 mg pour un homme adulte (73) + une allégation de santé dans la réduction de la fatigue (74).
 - Déconseillé chez l'enfant sauf dans le cadre d'un usage alimentaire normal
- + Tous les autres CA contenant phytothérapie et aromathérapie vus précédemment .

e) Homéopathie

L'homéopathie est une médecine alternative fondée par le médecin homéopathe allemand Samuel Hahnemann (75). Elle repose sur trois grands principes (76) :

1. Principe de similitude : une substance qui provoque des symptômes chez une personne saine peut, à très faibles doses, traiter ces mêmes symptômes chez une personne malade.
2. Principe de dilution infinitésimale : les substances actives sont fortement diluées.
3. Principe de globalité : à chaque étape de dilution, la solution est secouée d'une certaine façon.

L'homéopathie est autorisée comme médicament par les autorités de santé (EMA et ANSM) et sont enregistrés auprès de l'ANSM par les laboratoires mais sans indication thérapeutique reconnue (77). Le remboursement par la Sécurité sociale a été supprimé en 2021 dû à une évaluation de la part de la HAS et la conclusion

d'absence de preuve scientifique solide et efficace (78).

Elle se présente principalement sous forme de granules ou globules : le tout soluble dans l'eau, ce qui facilite la prise pour les très jeunes enfants.

Tableau 8 : médicaments homéopathiques

SOUCHE	INDICATION	POSOLOGIE	POURQUOI ?
Passiflora composé : <i>Passiflora incarnata 6DH ; Coffea cruda 5CH ; Ignatia amara 4CH ; Nyctterinia capensis 4CH ; Tellurium metallicum 5CH ; Phosphoricum acidum 7CH ; Palladium metallicum 5CH ; Magnesium metallicum 5CH.</i>	troubles du sommeil et agitation nocturne	3 granules avant le coucher	Ce complexe est utilisé pour ses propriétés apaisantes et sédatives naturelles. Il contribue à favoriser l'endormissement et à améliorer la qualité du sommeil.
Mercurius solubilis 30 CH ⇒ issu du mercure dissous	Irritabilité, colères, impulsivité, agitation émotionnelle, hypersensibilité	5 granules au coucher	Agit sur les troubles émotionnels et les réactions impulsives, permettant d'apaiser la nervosité et d'améliorer la régulation des émotions.
Tarentula hispana 15 CH ⇒ issus du venin d'araignée	hyperactivité motrice, impulsivité, troubles de l'attention, troubles du sommeil	5 granules au coucher	Indiquée pour les enfants ayant besoin de stimulation constante. Aide à canaliser l'énergie motrice excessive et favorise une meilleure concentration. Cette souche correspond à un profil plus hyperactif et impulsif que celui ciblé par Kalium bromatum
Kalium bromatum 15 CH ⇒ issus du bromure de potassium	agitation motrice, nervosité, troubles du sommeil, anxiété, déficit d'attention	5 granules au coucher	Agit sur les troubles nerveux avec agitation motrice et permet de canaliser la tension intérieure. Elle est recommandée lorsque l'enfant manifeste une agitation contenue qui s'apaise par l'activité physique ou intellectuelle. Cette souche a donc un effet régulateur et sédatif du système nerveux

Dopamine 5 CH ⇒ dérivé du neurotransmetteur dopamine	troubles de l'attention, baisse de motivation, lenteur cognitive, difficultés de concentration	5 granules le matin, à jeun	Neurotransmetteur essentiel dans la régulation de l'attention et de la motivation, cette souche vise à stimuler la vivacité et la tonicité cérébrale. Indiquée chez les enfants ayant un TDAH léger ou des difficultés d'attention isolées, en complément du traitement de fond
---	---	-----------------------------	---

f) Fleurs de Bach

Les Fleurs de Bach sont des préparations florales diluées mises au point par médecin et homéopathe anglais, le Dr Edward Bach. Elles sont destinées à agir sur les émotions négatives ou déséquilibrées, dans une approche énergétique et vibratoire.

Elles sont considérées comme des CA ou préparations aromatiques, non reconnues comme médicament, elles n'ont pas de preuve clinique de leur efficacité au-delà de l'effet placebo.

Il existe 38 élixirs floraux, chacun correspondant à un état émotionnel précis. Elles sont sous forme de gouttes ou en gummies. Il faut néanmoins faire attention aux formes avec alcool, pour les enfants nous privilégions les formes KIDS sans alcool.

Tableau 9 : Elixirs floraux

ELIXIRE	INDICATION	PROFIL	POURQUOI ?
Impatiens	irritabilité, impulsivité, tension intérieure, difficulté à attendre.	enfant impatient, nerveux, qui s'agace facilement et supporte mal les contraintes ou la lenteur des autres	Fleur la plus adaptée aux enfants hyperactifs ou facilement irritables. Elle aide à favoriser la patience, à réduire la nervosité et à apaiser l'agitation intérieure
Cherry Plum	appréhension, impulsivité émotionnelle, peur de "craquer" ou de se laisser dépasser	enfant qui craint de perdre le contrôle, se sent envahi par ses émotions, ou a peur de ses propres réactions (colères, crises)	Aide les enfants à retrouver la maîtrise de soi et à canaliser leurs émotions fortes. Elle convient particulièrement lorsque l'enfant anticipe ses colères ou ses débordements émotionnels avec anxiété. Cette fleur favorise une stabilisation émotionnelle et une meilleure gestion du stress intérieur
Agrimony (Aigremoine)	troubles du sommeil liés à des pensées cachées, nervosité masquée, anxiété intériorisée	enfant souriant et sociable en apparence, mais qui cache une agitation intérieure, une inquiétude ou des difficultés d'endormissement	Aide les enfants à exprimer leurs émotions, à relâcher la tension intérieure et à retrouver un sommeil plus apaisé. Elle est indiquée chez les enfants qui ne montrent pas ouvertement leur mal-être, mais qui restent tendus ou éveillés la nuit
Clematis	manque d'attention, distraction, tendance à la rêverie, difficultés de concentration	enfant rêveur, distrait, ayant tendance à "être dans la lune" ou à se désintéresser de la réalité présente	Aide à renforcer l'ancrage dans le présent et à améliorer la concentration. Elle correspond à un profil d'enfant calme, imaginatif, mais déconnecté de l'ici et maintenant, typique de certains troubles attentionnels
Vervain (Verveine)	hyperactivité, excitation excessive, tension nerveuse, surmenage mental	enfant enthousiaste, passionné, qui s'investit excessivement dans ce qu'il fait, parle vite, bouge beaucoup et s'énerve facilement	Aide à modérer l'excès d'énergie mentale et physique, à favoriser la détente, et à réduire la sur stimulation émotionnelle. Elle correspond bien aux enfants hyper dynamiques qui ont du mal à ralentir et à canaliser leur enthousiasme
Clematis + Larch + Scleranthus + Elm + White Chestnut	difficultés d'apprentissage, perte de motivation, éparpillement mental, fatigue cognitive	enfant manquant de confiance en lui, indécis, ayant du mal à se concentrer ou à structurer ses pensées	Cette association permet de renforcer la confiance en soi (Larch), améliorer la stabilité mentale (Scleranthus), aider à faire face à la surcharge de travail (Elm), calmer les pensées répétitives (White Chestnut), et favoriser la concentration (Clematis). Elle est particulièrement adaptée aux enfants présentant un déficit d'attention associé à une baisse d'estime de soi

Chapitre 2 : analyse du questionnaire

Il m'a semblé essentiel de compléter cette approche par une étude de terrain. L'objectif était de recueillir le ressenti et les perceptions des parents d'enfants atteints de TDAH, ainsi que des adultes ayant reçu un diagnostic ou non dans leur enfance, concernant le diagnostic et la prise en charge de ce trouble.

Dans le cadre de ma thèse, j'ai conçu un questionnaire en ligne à l'aide de la plateforme LimeSurvey. Celui-ci comportait quatre parties, pour un total de 17 questions, s'adressant à des participants avec ou sans diagnostic posé de TDAH (Annexe 3). Après autorisation du délégué de la protection des données (DPO) le questionnaire de façon anonyme a été diffusé sur les réseaux sociaux et relayés dans plusieurs pharmacies, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, au moyen d'une affiche comportant un QR code (Figure 20).

La période de collecte des données s'est étendue du 14 mai 2025 au 1er octobre 2025. Bien que la diffusion n'ait pas rencontré le succès escompté, un total de 16 réponses complètes a été recueilli sur 62 participations enregistrées (soit 46 réponses incomplètes). Il m'a toutefois semblé important de valoriser ces contributions en procédant à une analyse approfondie des réponses obtenues.

Figure 20 : Affiche + QR code pour la réalisation de mon questionnaire.

**ENQUÊTE OFFICINALE
sur le TDA/H**

Bonjour,
Dans le cadre de ma thèse, je vous invite à répondre à un questionnaire anonyme portant sur la prise en charge des enfants de plus de 6 ans présentant des troubles de l'attention, avec ou sans hyperactivité.

Ce questionnaire s'adresse aux parents d'enfants diagnostiqués TDA/H ou non encore diagnostiqués, mais présentant des comportements concernés.

🕒 Il ne vous prendra que quelques minutes.

SCANNEZ MOI

Merci infiniment pour votre participation !

Pour plus de renseignements, contactez : POPIEUL Julie, 5ème Année de Pharmacie : julie.papieul.etu@univ-lille.fr

1) Partie 1 : Informations générales

Cette première section vise à mieux situer le contexte familial et sociodémographique de l'enfant concerné par un diagnostic de TDAH. Ces éléments permettent de mieux comprendre les éventuels facteurs influençant la reconnaissance, l'accès au diagnostic et au suivi du trouble.

“Âge de votre enfant ?”

L'âge participant allant de 3 ans à 29 ans (avec pour les majeurs des symptômes apparus dans l'enfance entre 2 ans et 6 ans).

“Sexe physiologique de votre enfant?”

75% masculin et 25% féminin. Ce qui nous renvoie à la Partie 1-Chapitre 1-sous partie 5. On confirme ici que le TDAH est environ trois fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles dans la population pédiatrique.

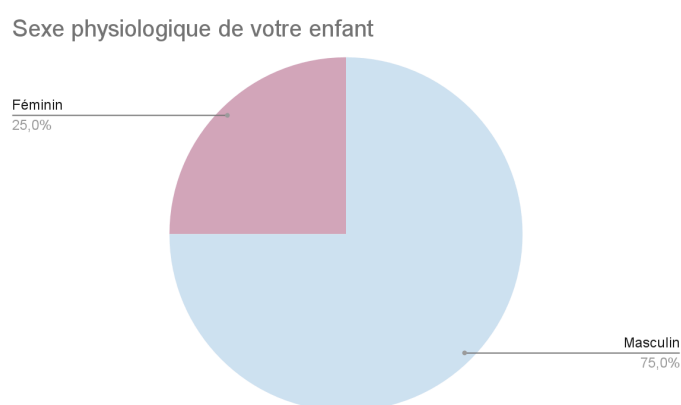


Figure 21: Répartition du sexe selon les réponses obtenues au questionnaire

“Âge de l'enfant au moment des premiers signes ?”

Concernant l'âge d'apparition des premiers signes, la moyenne observée chez les 16 participants est de 4,4375 ans. Cet âge se situe en dessous de l'âge moyen du

diagnostic théorique du TDAH, généralement établi autour de 6 ans. Cette différence suggère que, bien que les premiers symptômes apparaissent de façon précoce, le diagnostic est lui posé relativement tardivement par rapport à leurs apparitions initiales.

“Situation professionnelle de la mère” / “Situation professionnelle du père”

Les parents participant au questionnaire exercent des métiers issus de secteurs d'activité variés, ce qui nous permet d'avoir plusieurs profils socio-professionnels.

Plusieurs catégories principales se dégagent :

- Fonctions administratives, de gestion et juridiques : contrôleur de gestion, comptable, gestionnaire de paie, chef de projet, adjoint administratif territorial, cadre de la fonction publique, juriste, assistante indépendante pour TPE, employée de bureau.
- Métiers techniques et industriels : technicien, agent de fabrication, chauffeur-releveur, poseur d'enseignes.
- Fonctions commerciales et informatiques : salarié technicien commercial, commerciale, salarié cadre informatique.
- Professions de santé et du secteur médico-social : infirmière, kinésithérapeute-ostéopathe en libéral, ergothérapeute de la fonction publique hospitalière, diététicienne.
- Métiers de l'enseignement et de la petite enfance : professeur des écoles, assistante maternelle.

“Lieu de résidence ?”

Parmi les participants, 62,5 % résident en zone urbaine contre 37,5 % en zone rurale. Cette répartition montre une légère prédominance pour le milieu urbain, Ceci peut s'expliquer par la perception du diagnostic et de la prise en charge du TDAH,

souvent plus développée en milieu urbain en raison d'une meilleure offre de soins spécialisés.

2) Partie 2 : Premiers signes observés

Cette section explore les manifestations initiales qui ont conduit les parents ou l'entourage à suspecter un trouble du type TDAH chez l'enfant. L'objectif est de comprendre comment les premiers signes ont été perçus et interprétés, et d'identifier le rôle joué par les différents acteurs (parents, enseignants, professionnels de santé) dans le repérage du trouble.

“Quels types de comportements vous ont alerté ?”

Cette question, à choix multiples, portait sur les différents symptômes du TDAH ainsi que sur d'éventuelles difficultés scolaires. Les réponses proposées permettaient également aux participants d'ajouter un commentaire libre ou de formuler une réponse ouverte.

Parmi les 16 participants, 11 ont déclaré avoir rencontré des problèmes scolaires. Ce chiffre, loin d'être négligeable, met en évidence la fréquence des difficultés scolaires chez les personnes concernées par le TDAH et souligne l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée.

Il est également intéressant de constater que l'hyperactivité, souvent perçue comme le symptôme principal du TDAH dans l'imaginaire collectif, n'apparaît pas comme un signe prédominant pour la majorité des participants. Cette observation rappelle la grande hétérogénéité des manifestations cliniques du trouble et l'importance d'une évaluation individualisée.

Comportements qui alertent

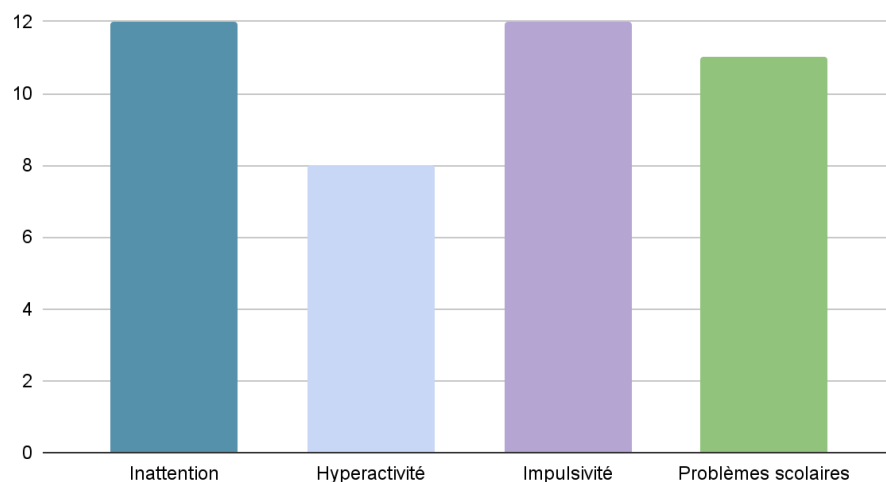


Figure 22 : Répartition d'un symptôme alerte selon les réponses au questionnaire.

Les réponses libres associées sont importantes aussi à analyser afin de bien comprendre l'impact que le TDAH a sur ces enfants :

- **Inattention**

- Oubli fréquent des consignes quelques secondes ou minutes après leur formulation
- Grande distractibilité, rêverie fréquente (« souvent dans la lune »)
- Fatigabilité rapide lors des tâches nécessitant une attention soutenue
- Difficulté à maintenir la concentration dans la durée, notamment pour la lecture ou les devoirs
- Tendance à passer rapidement d'un centre d'intérêt à un autre, sans aboutir les activités commencées

Ces difficultés se traduisent dans le milieu scolaire par : baisse de notes, découragement rapide face à la complexité, incapacité à suivre les consignes jusqu'au bout, ou nécessité de devoir réussir dans une matière donnée.

- **Hyperactivité**

- Besoin constant de bouger, parler ou manipuler des objets
- Sommeil court, agitation physique importante (« il dort peu et bouge tout le temps »)
- Mise en marche précoce (« premiers pas à 13 mois, il court »)
- Impossibilité de rester assis longtemps

Certains témoignages soulignent toutefois une forme d'hyperactivité productive, notamment dans la capacité d'imagination et de création: capacité de création (maquettes, bricolage, activités manuelles), ce qui montre une réussite à se canaliser dans une tâche précise (et aimer)

- **Impulsivité**

- Difficulté à se retenir d'agir ou de parler
- Colères intenses dès la petite enfance, souvent déclenchées par la frustration
- Irritabilité et imprévisibilité comportementale
- Besoin de contrôle (« veut tout décider »)
- Gestion émotionnelle difficile avec crise de colère, hypersensibilité ...

- **Troubles associés et comorbidités**

- Troubles des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dysphasie, difficultés d'encodage en écriture)
- Troubles émotionnels ou somatiques (énurésie prolongée jusqu'à 12 ans, grande émotivité)
- Troubles du langage
- Difficulté avec la double tâche.

“Qui a été le premier à évoquer un possible trouble chez votre enfant ?”

Parmi les 9 participants ayant répondu à une première évocation par la famille, 8 ont été effectués par la mère contre 1 par le père.

Concernant le rôle des enseignants, les 7 réponses indiquent que les signalements se situent généralement entre la moyenne section et la grande section de maternelle, soulignant que l'attention et le comportement de l'enfant peuvent déjà attirer l'attention des professionnels de l'éducation dès le début de la scolarité.

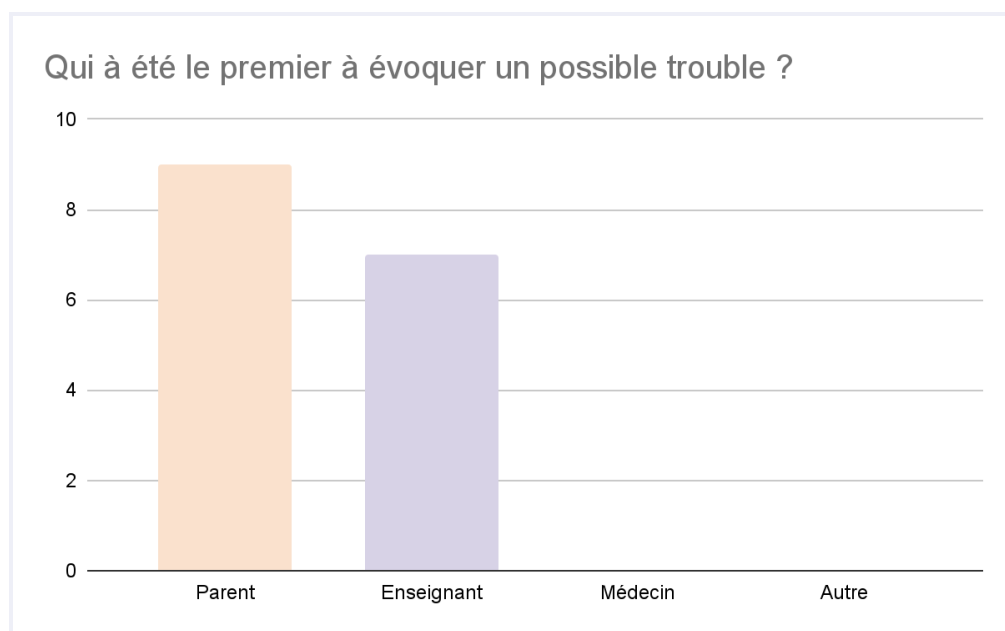


Figure 23 : Première évocation d'un possible trouble d'après les réponses au questionnaire

“Comment ces comportements se sont traduits ?”

Les réponses des participants mettent en évidence un profil complexe, combinant difficultés scolaires, troubles de l'attention, impulsivité et régulation émotionnelle.

⇒ Difficultés scolaires et cognitives

- Difficultés à rester concentré sur une activité, passe rapidement d'une tâche à l'autre, oublis fréquents, problèmes de repérage dans le temps.
- Dyslexie, dysorthographe, difficultés de transcription des cours, chute des notes, refus ou procrastination pour effectuer les devoirs.
- Certains enfants comprennent les consignes rapidement mais montrent de l'indolence ou du désintérêt si la tâche ne les motive pas.

⇒ Hyperactivité et agitation motrice

- Difficulté à rester assis, déplacements constants dans la classe, mouvements répétitifs ou comportements de type « clown » pour attirer l'attention.
- Agitation excessive lors des exercices ou regroupements, nécessite parfois la présence d'un adulte pour réaliser la tâche.
- Pose de nombreuses questions, souvent sans lien entre elles, et passe du coq à l'âne.

⇒ Impulsivité et gestion des émotions

- Incapacité à attendre son tour, réaction immédiate face aux consignes, difficultés à accomplir deux tâches simultanément.
- Colères, intolérance à la frustration, crises de panique, dévalorisation de soi, sensibilité émotionnelle accrue.
- Malaises vagues à l'école ou à la maison.

⇒ Comportements sociaux

- Difficultés à gérer les interactions en groupe, même dans des situations festives (ex. anniversaires).
- Usage d'un monde imaginaire très développé, parfois en lien avec des comportements de retrait ou de compensation.

“À quel âge votre enfant a-t-il été orienté vers un professionnel de santé ?”

La moyenne d'âge des participants est de 8 ans, calculée sur 15 enfants. Il est à noter qu'un enfant plus jeune, âgé de 3 ans, n'a pas encore été orienté vers un professionnel de santé.

3) Partie 3 : Diagnostic

Cette partie vise à analyser le parcours diagnostique du TDAH, en s'intéressant aux délais, aux professionnels impliqués et aux obstacles rencontrés par les familles.

“Combien de temps s'est écoulé entre les premiers signes et le diagnostic ?”

On observe que la moitié des répondants ont mis plus de deux ans entre l'apparition des premiers signes et la pose du diagnostic. Ce délai souligne que, dans la majorité des cas, le diagnostic ne peut être qualifié de précoce, malgré la détection relativement rapide des premiers symptômes.

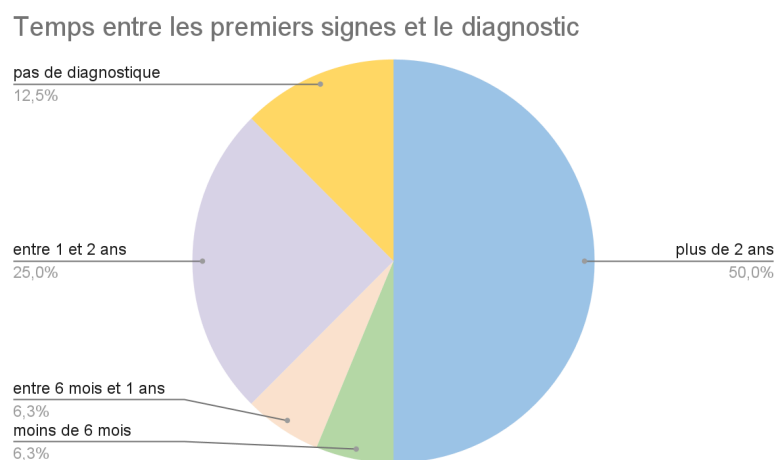


Figure 24 : Temps entre les premiers signes et le diagnostic selon les réponses au questionnaire

“Avez-vous rencontré des difficultés pour accéder au diagnostic ?”

Parmi les 15 participants ayant répondu à cette question, 68,75 % ont indiqué avoir rencontré des difficultés pour accéder au diagnostic, tandis que 25 % déclarent ne pas en avoir rencontré. Les témoignages recueillis montrent que, pour la majorité des répondants, le parcours diagnostique du TDAH est perçu comme long, coûteux et décourageant :

- Des délais d'attente importants : temps d'attente prolongés avant d'obtenir un rendez-vous auprès d'un professionnel, notamment en neuro-pédiatrie ou en pédopsychiatrie. Certains devant privilégier les rendez-vous en Belgique (facilités dans le Nord avec la proximité de la frontière) afin d'obtenir un diagnostic plus rapide.
- Des coûts élevés et un manque de prise en charge : Certains doivent se diriger vers le libéral, faute de prise en charge rapide dans le publique.. Plusieurs témoignages soulignent que le diagnostic du TDAH reste inaccessible pour une classe sociale plutôt basse voir moyenne basse.
- Un manque de reconnaissance et de connaissance du trouble
Certains parents signalent la minimisation de leur inquiétude par certains professionnels de santé, avec parfois des jugements sur leur éducation (« laxisme », « manque de cadre »). Ce manque de compréhension retarde souvent la mise en place d'un suivi adapté.
- Des parcours longs et épuisants
Avant d'obtenir un diagnostic, plusieurs familles ont dû enchaîner de nombreux bilans (psychologiques, orthophoniques, psychomoteurs...), qui sont chronophages et qui génèrent une certaine forme de fatigue morale.

“Avez-vous eu besoin de consulter plusieurs professionnels avant d'obtenir un diagnostic ?”

L'ensemble des participants ont indiqué avoir dû consulter plusieurs professionnels avant d'obtenir un diagnostic définitif, avec un nombre variant de 4 à 6 spécialistes

différents. Ces résultats mettent en évidence la pluridisciplinarité de la prise en charge du TDAH, mais aussi la complexité du parcours diagnostique.

4) Partie 4 : Suivi et accompagnement

Cette dernière section s'intéresse à la prise en charge actuelle de l'enfant après le diagnostic de TDAH, ainsi qu'aux ressources thérapeutiques mises en place et aux éventuelles difficultés rencontrées.

“Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'un suivi ?”

Parmi les 16 participants ayant répondu au questionnaire, 15 bénéficient actuellement d'un suivi thérapeutique ou médical. Ce suivi s'effectue auprès de différents professionnels tels que des orthophonistes, psychologues, ergothérapeutes ou encore le médecin traitant, notamment pour le renouvellement du traitement médicamenteux.

Un seul participant ne bénéficie plus de suivi : il s'agit d'un jeune homme âgé de 25 ans, pour lequel le traitement et l'accompagnement ont été arrêtés depuis près de dix ans.

“Avez-vous rencontré des difficultés à mettre en place ce suivi ? “

62,5 % des participants déclarent ne pas avoir rencontré de difficultés, tandis que 37,5 % en ont signalé. Ces résultats suggèrent que, une fois les démarches effectuées et le diagnostic posé, la mise en place du suivi semble globalement plus accessible pour les familles. Toutefois, la proportion de participants ayant rencontré des obstacles souligne que l'accompagnement reste inégal selon les situations et les ressources disponibles.

“êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge actuelle ? (1= pas du tout satisfait(e) et 5 = très satisfait(e))”

Ici on voit que la plupart des participants sont satisfaits de la prise en charge actuelle (environ 62,5%)

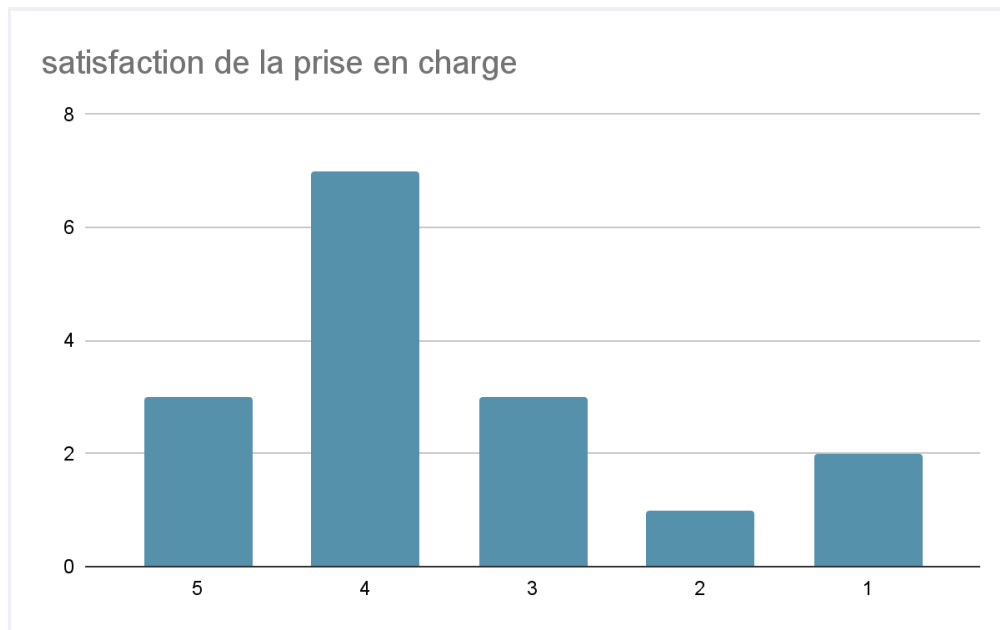


Figure 25 : Échelle de satisfaction selon les réponses au questionnaire

“Souhaitez-vous ajouter un commentaire sur votre expérience ?”

Sur les 16 répondants au questionnaire, 12 ont exprimé le souhait de verbaliser leur ressenti face au parcours diagnostique et à la prise en charge du TDAH. Il m’a donc semblé essentiel d’intégrer leurs témoignages directs dans ce manuscrit, afin d’illustrer la réalité vécue par les familles et les personnes concernées.

On observe à travers ces verbatims une grande diversité d’expériences, mais aussi des thématiques récurrentes : sentiment d’impuissance parentale, manque de compréhension de la part du système scolaire, difficultés d’accès au diagnostic, lourdeur administrative, inégalités de prise en charge, et retentissement émotionnel important.

- “ Cela fait maintenant quelques années. Ça reste très compliqué pour les parents qui sont jugés et surtout impuissants. Notre fils est allé en école privée car rejeté par l'école publique”
- “À l'école les profs devraient être les 1ers à avoir le doute de ces troubles. Sensibiliser les profs à tous les troubles d'apprentissage pour un diagnostic plus rapide serait un super levier pour apaiser les familles et l'enfant qui a une mésestimation de lui-même”
- “Expérience pour obtenir le diagnostic comparable au parcours du combattant et une fois le diagnostic posé, il faut se confronter aux difficultés de fournisseur pour le médicament initialement en Novembre 24 on devait commencer le traitement avec du Concerta que nous n'avons jamais eu car en rupture en France nous sommes donc au Quasym . Les délais en France sont trop longs et bien souvent on se retrouve en sortie de consultation par une neuropédiatre qui a vu 2 fois l'enfant en 2 ans, en nous disant "c'est un problème d'éducation il faut sévir il faut punir votre enfant maintenant car après c'est foutu " et en allant en Belgique on s'aperçoit qu'ils s'imprègnent de la médecine et études au Canada et en Amérique où le TDAH est mieux compris le handicap de manière plus globale. En France les CMP sont débordés et nous orientent vers le privé ou les bilans minimum coûtent 150 euros la psychomotricité non remboursée suivi de 2 ans à 40 euros la séance ...”
- “Les procédures sont longues et difficiles pour les enfants et les parents , j'ai eu de la chance d'avoir une enseignante qui m'a accompagnée et une association qui m'a soutenue dans mes démarches”
- “Satisfaite des praticiens mais pas de la prise en charge financière. Aucune aide, dossier MDPH à rallonge et toujours en attente de notification depuis 1 an”
- “La PCO améliore les choses mais ce n'est pas une solution à tout.”
- “Nous avons fait les tests en libéral pour aller plus vite.”

- "En tant que parent, je trouve que nous n' avons pas eu beaucoup d'aide."
- "Le problème majeur a été la reconnaissance par l'éducation nationale : 7 ans ! Il a obtenu un tiers temps aux épreuves pour le bac mais aucun aménagement n'a été proposé par les professeurs de collège ni de lycée . Il est incapable de prendre des notes ou de synthétiser des données et les enseignants n'ont rien fait pour l'aider, préférant le mettre dans la case des je m'en foutiste ! Heureusement que les suivis étaient là pour qu'il ne baisse pas les bras "
- "Médicamentation complexe à doser et stabiliser"
- "Notre enfant a pu bénéficier d' une évaluation diagnostique pour affiner son profil sur demande du généticien au CRA de Lille car il a certains traits autistiques sans l'être car score de 5. TDAH confirmé avec agitation mentale et moteur, dyspraxie ,dysgraphie, et troubles anxieux. C'est dommage qu'il n y ai pas ce genre de structure pour les enfants TDAH, un centre ressource spécialisé en TDAH serait vraiment un plus car même si ce trouble est de plus en plus connu, le combat avec la MDPH et l'école reste compliqué pour faire entendre les besoins de nos enfants qui subissent encore et toujours le jugement au point où scolarisé en classe de CM1 il a fini en phobie scolaire avec harcèlement . Même en prenant de la Ritaline 3 fois par jour, Atarax 2 fois par jour prescrit par le pédopsychiatre, il se tordait de douleurs avec vomissements les jours d'école. Un soutien de personnel qualifié qui connaissent bien ce trouble serait vraiment appréciable. Comme c'est invisible, il est jugé et pas aidé comme il le faudrait."
- "Les filles sont trop souvent sous diagnostiquées.. Et c'est difficile de découvrir cela à l'âge adulte après une enfance et un début d'âge adulte très compliqué on se sent totalement en décalage."

Suite à l'analyse du questionnaire, j'ai mis en place un flyer à distribuer au patient (Annexe 4).

Conclusion

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Pathologie neurodéveloppementale complexe, il affecte de manière significative la vie quotidienne de l'enfant, de sa famille et de son entourage scolaire. Sa reconnaissance et sa prise en charge ont connu d'importantes évolutions au cours des dernières décennies, mais demeurent encore marquées par des disparités d'accès au diagnostic et à l'accompagnement.

Ce travail a permis de mettre en lumière la diversité des approches thérapeutiques disponibles, qu'elles soient médicamenteuses ou non, ainsi que l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire. L'approche globale du TDAH repose en effet sur la combinaison de la psychoéducation, de l'accompagnement familial et scolaire, des thérapies comportementales et, lorsque cela s'avère nécessaire, du traitement pharmacologique. Cette complémentarité favorise non seulement l'amélioration des symptômes, mais également l'adaptation de l'enfant à son environnement.

Le pharmacien d'officine occupe une place essentielle dans ce dispositif de soins. Par sa proximité avec les patients et leur famille, il joue un rôle central d'information, d'écoute et de relai entre les différents professionnels de santé. Sa mission dépasse la simple délivrance du traitement : il contribue à l'éducation thérapeutique, à la surveillance de la tolérance médicamenteuse, et à la lutte contre la stigmatisation encore trop souvent associée à ce trouble.

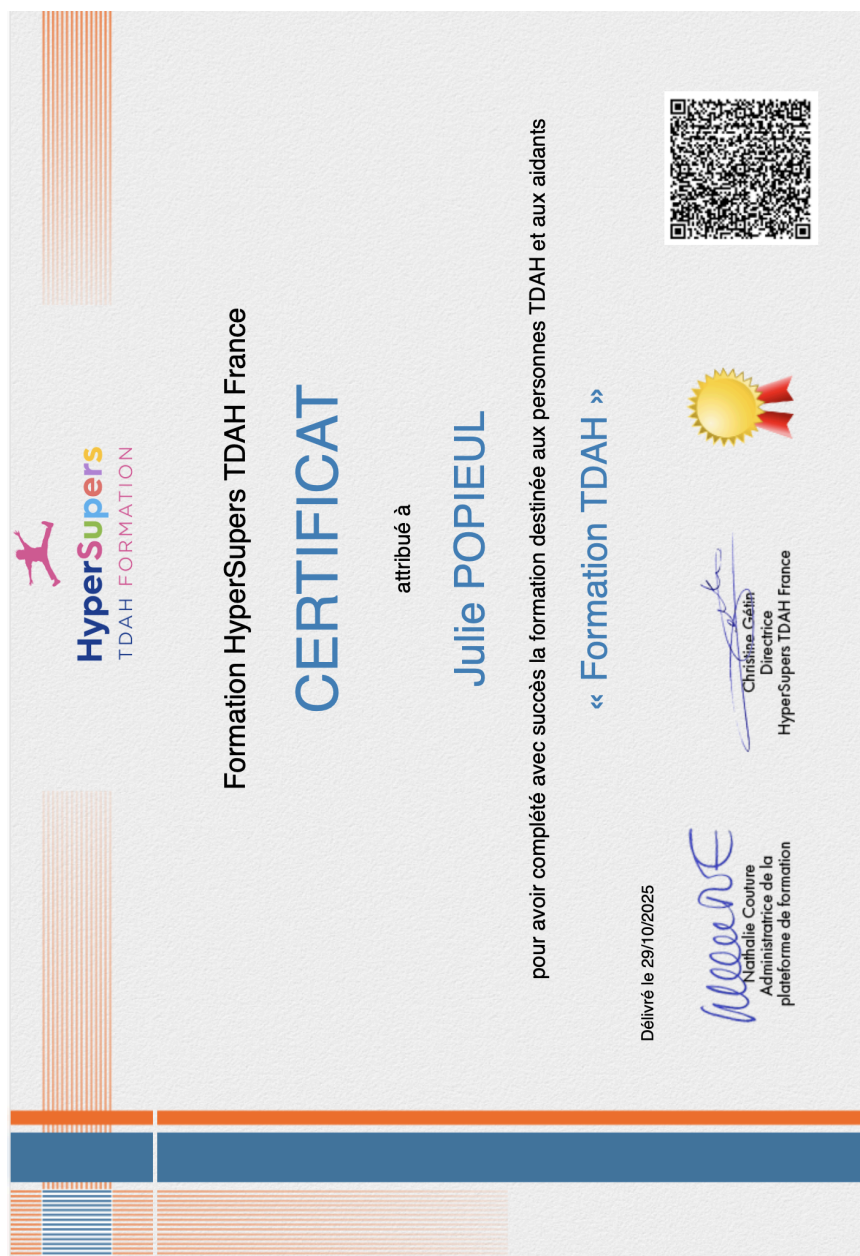
L'étude de terrain menée dans le cadre de ce travail a mis en évidence la réalité des délais d'attente et les difficultés d'orientation rencontrées dans le diagnostic et la prise en charge des enfants atteints de TDAH. Elle souligne également l'importance d'un accompagnement spécifique des parents, afin de les soutenir dans la découverte de ce trouble, de les aider à en reconnaître les signes et de les orienter vers les ressources adaptées.

En définitive, la prise en charge du TDAH nécessite une meilleure coordination entre les acteurs du soin et une sensibilisation accrue du grand public. Renforcer la formation des professionnels de santé et promouvoir une approche bienveillante et déculpabilisante permettront de mieux répondre aux besoins des enfants et de leurs familles.

Ainsi, le TDAH ne doit plus être perçu comme une fatalité, mais comme un trouble dont la compréhension et l'accompagnement adapté ouvrent la voie à un développement harmonieux et à une pleine inclusion sociale de l'enfant concerné.

ANNEXE

Annexe 1 : diplôme de formation association HyperSuper TDAH France



Annexe 2 : document de transport personnel de médicaments stupéfiants détenus dans le cadre d'un traitement médical



Transport personnel de médicaments stupéfiants détenus dans le cadre d'un traitement médical

Concernant les règles à respecter pour le transport personnel de médicaments stupéfiants (transport de médicaments stupéfiants avec soi) détenus dans le cadre d'un traitement médical, il existe deux procédures distinctes selon le lieu de destination : **un pays signataire de l'Accord de Schengen ou un pays tiers à l'espace Schengen.**

Dans tous les cas, le patient doit être en possession de l'original de la prescription, qui doit être présenté sur réquisition des autorités de contrôle compétentes.

Transport de médicaments stupéfiants dans un pays de l'espace Schengen

Cadre réglementaire

La convention d'application de l'Accord de Schengen, signée en 1990, prévoit en son article 75, les règles applicables au transport personnel de médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans l'espace Schengen c'est à dire entre les pays signataires de l'Accord de Schengen. Cet espace est composé de 26 Etats : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Islande, l'Italie, la Lettonie, le Liechtenstein, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République Tchèque, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède et la Suisse. En France, cet article est mis en application par le [décret n° 95-304 du 21 mars 1995](#) et les modalités d'application sont précisées par la circulaire du Directeur Général de la Santé (DGS) du 17 novembre 1997 remplacée par [la circulaire du DGS du 12 octobre 2011](#) relative à l'application de l'article 75 de la convention d'application de l'Accord de Schengen.

Procédure

Toute personne résidant en France, quelle que soit sa nationalité, et transportant des médicaments soumis en tout ou partie à la réglementation des stupéfiants doit se munir d'une autorisation de transport (afin de justifier la nature licite des médicaments) lors d'un déplacement dans un pays appliquant la convention.

Cette autorisation est délivrée sur demande du patient, au vu de l'original de la prescription médicale, par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la région où le médecin prescripteur est enregistré. Cette autorisation est valable 30 jours et les quantités transportées ne doivent pas dépasser la durée maximale de prescription de 28 jours (14 jours pour la méthadone sirop).

Le patient doit la présenter, le cas échéant aux autorités de contrôle compétentes.

Tableau récapitulatif des dispositions concernant le transport de médicaments stupéfiants dans un pays de l'espace Schengen

	Pays de l'espace Schengen
	Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse
Médicaments concernés	Médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants
Documents requis pour le voyage	Autorisation de transport
Autorité compétente pour délivrer l'autorisation	ARS de la région où le médecin prescripteur est enregistré www.ars.sante.fr
Pièces à fournir	Demande du patient (voir circulaire du 12 octobre 2011) Original de la prescription médicale Formulaire à demander à l'ARS

Transport de médicaments stupéfiants en dehors de l'espace Schengen

Cadre réglementaire

En dehors de l'espace Schengen, chaque pays applique ses propres dispositions.

Procédure en France

L'ANSM délivre des attestations de transport pour les particuliers se rendant dans un pays situé en dehors de l'espace Schengen **uniquement** si ce pays exige, pour l'entrée sur son territoire, un certificat des autorités compétentes du pays de résidence du patient.

Ces attestations sont délivrées pour des quantités transportées correspondant à une durée de traitement ne dépassant la **durée maximale de prescription autorisée de 28 jours (14 jours pour la méthadone sirop)**.

Les documents à fournir sont listés dans le tableau ci-dessous.

Pour connaître les dispositions des différents pays, vous pouvez consulter le site de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS).

<https://www.incb.org/incb/en/travellers/country-regulations.html>

Préalablement à tout déplacement, il est également fortement conseillé de se renseigner auprès de l'Ambassade ou du Ministère de la Santé du pays de destination pour connaître la réglementation en vigueur dans ce pays à ce jour.

Tableau récapitulatif des dispositions concernant le transport de médicaments stupéfiants dans un pays hors espace Schengen qui exige un certificat du pays de résidence

	Pays hors espace Schengen
Médicaments concernés	Médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants
Autorité compétente pour délivrer l'attestation de transport	ANSM Accueil des usagers www.ansm.sante.fr
Pièces à fournir	Demande du patient = Formulaire internet à compléter Et joindre la copie de la prescription médicale

Pour des déplacements de plus longues durées (durées supérieures à la durée maximale de prescription), le patient devra, en cas de besoin, effectuer les démarches nécessaires à la prolongation de son traitement dans le pays d'accueil.

Questionnaire parent : Parcours diagnostique du TDAH

Objectif : recueillir les informations relatives au délai et aux difficultés rencontrées dans le diagnostic et le suivi du TDAH chez l'enfant.

Confidentialité : les réponses sont anonymes et strictement confidentielles.

Partie 1 : Informations générales

1. **Âge de votre enfant** : _____ ans
2. **Sexe physiologique de votre enfant** : Fille, Garçon
3. **Âge de l'enfant au moment des premiers signes** :
4. **Situation professionnelle de la mère** :
5. **Situation professionnelle du père** :
6. **Lieu de résidence** : Zone urbaine ou Zone rurale

Partie 2 : Premiers signes observés

8. **Quels types de comportements vous ont alerté ?** (plusieurs réponses possibles)
Inattention / Hyperactivité / Impulsivité / Problèmes scolaires / Autre
9. **Comment ces comportements se sont traduits ?**
10. **Qui a été le premier à évoquer un possible trouble chez votre enfant ?**
Parent / Enseignant / Médecin / Autre
11. **À quel âge votre enfant a-t-il été orienté vers un professionnel de santé ?**

Partie 3 : Diagnostic

11. **Combien de temps s'est écoulé entre les premiers signes et le diagnostic ?**
Moins de 6 mois / Entre 6 mois et 1 an / Entre 1 et 2 ans / Plus de 2 ans
12. **Par quel(s) professionnel(s) votre enfant a-t-il été diagnostiqué ?**
Pédiatre / Médecin généraliste / Psychiatre / Neuropsychologue / Autre
13. **Aviez-vous rencontré des difficultés pour accéder au diagnostic ?**
Oui / Non (Délais d'attente trop longs / Coût des consultations / Difficulté à trouver un professionnel compétent / Manque d'informations / Refus ou déni dans l'entourage / Autre)
14. **Avez-vous eu besoin de consulter plusieurs professionnels avant d'obtenir un diagnostic ?**
Oui, combien ? Pourquoi? / Non

Partie 4 : Suivi et accompagnement

15. **Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'un suivi ?**
 Oui Non (Médicamenteux (méthylphénidate, etc.) / Psychothérapie / Orthophonie / Psychomotricité / Guidance parentale / Autre)
16. **Avez-vous rencontré des difficultés à mettre en place ce suivi ?**
Oui / Non (Délais d'attente/ Manque de professionnels près de chez vous / Coût financier / Résistance de l'enfant ou de l'entourage / Autre)
17. **Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge actuelle ?**
Très satisfait(e) / Assez satisfait(e) / Peu satisfait(e) / Pas du tout satisfait(e) / Sans avis
18. **Souhaitez-vous ajouter un commentaire sur votre expérience ?**

Annexe 4 : Flyer

Un traitement médicamenteux mais pas que !

Il existe des approches naturelles qui peuvent aider à soulager certains symptômes du TDAH au quotidien.

Bien qu'elles ne puissent pas se substituer à une prise en charge globale (médicale, psychologique, éducative...), elles peuvent constituer un soutien complémentaire pour mieux vivre avec le trouble.

Homéopathie pour les symptômes d'Hyperactivité : Tarentula Hispana

Fleurs de Bach pour les symptômes du sommeil : Aigremoine

Phytothérapie pour les symptômes du sommeil : Passiflore

Attention : Les exemples d'approches naturelles mentionnés dans ce flyer doivent être utilisés uniquement après avis d'un pharmacien ou d'un médecin.

Même s'ils peuvent apporter un soutien complémentaire, ils ne conviennent pas à tout le monde et peuvent interagir avec certains traitements médicamenteux.

Ne jamais débuter une automédication sans conseil professionnel.

Ce document a été conçu dans le cadre de ma thèse d'exercice en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en Pharmacie.

Il a pour objectif de sensibiliser et d'informer sur le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), ainsi que sur ses différentes options de prise en charge, incluant le traitement médicamenteux (comme le méthylphénidate), mais aussi les approches non médicamenteuses.

Ce travail s'appuie sur des sources scientifiques et des recommandations actualisées.

Ce flyer n'a pas vocation à se substituer à un avis médical. En cas de doute, n'hésitez pas à consulter un-e professionnel-le de santé.

Pour plus d'information, n'hésitez pas à me contacter par mail : julie.popieul.etu@univ-lille.fr



Contacte utile

Association HyperSuper TDAH France

Association TDAH Partout Pareil

Mon enfant à un TDAH

Fait par Popieul Julie

Qu'est ce que le TDAH ?

Le TDAH ou **trouble déficits de l'attention avec ou sans hyperactivité**, est un **trouble du neurodéveloppement** associant d'une **triade de symptôme** tel que **l'inattention, de l'hyperactivité et/ou l'impulsivité**.

Présent chez 5% des enfants avec une prédominance chez les garçons (75%) par rapport aux filles (25%)

trouble de l'apprentissage

trouble du spectre autistique

trouble oppositionnelle +/- provocation

trouble anxieux

trouble du sommeil

trouble de la coordination

1 **Symptôme Inattention :** la forme la plus détectée. Se manifeste par l'incapacité à concentrer son esprit de façon volontaire sur une tâche déterminée.

2 **Symptôme de l'hyperactivité :** observé plus souvent chez les garçons. Correspond à la difficulté à rester en place, à contrôler ses mouvements ou à terminer une action commencée.

3 **Symptôme d'impulsivité :** correspond à une difficulté à freiner une action, qu'elle soit motrice, verbale ou psychique.

Une **forme combinée** peut aussi se manifester.

Traitement du TDAH : Le MÉTHYLPHÉNIDATE

Aussi connue sous le nom de Quasym®, Concerta®, Medikinet®, Ritaline®

Ses une molécule dite psychostimulante, prescrite uniquement sur avis médical, et après échec ou insuffisance d'une prise en charge non médicamenteuse.

Ce médicament agit en augmentant la disponibilité de la dopamine et de la noradrénaline dans certaines zones du cerveau. Cela permet une meilleure transmission des informations, favorisant ainsi l'attention, la concentration et la vigilance.

Qui peut faire le diagnostic ?

Chez l'enfant, ce sont les pédopsychiatre, les neuropédiatre ainsi que les pédiatre spécialisé qui sont qualifiés pour poser un diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

1. 3. Hoppenot I. VIDAL. 2022 [cité 6 juill 2025]. Troubles du neurodéveloppement, l'enjeu majeur du repérage. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/28515-troubles-du-neurodeveloppement-l-enjeu-majeur-du-reperage.html>
4. Gétin C, directrice. HyperSupers - TDAH France - Votre déficit d'attention, votre hyperactivité, méritent notre attention. 2019 [cité 6 juill 2025]. Le TDAH en bref. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/-Le-TDAH-en-bref-.html>
5. Edisound [Internet]. [cité 6 juill 2025]. S3 E1 Mon enfant est TDAH. Disponible sur: <https://podcasts.psychologies.com/ce-jour-la-le-podcast-de-psychologies/s3-e1-mon-enfant-est-tdah>
6. Lecendreau DM. HyperSupers - TDAH France. 2013 [cité 20 oct 2025]. Prévalence du TDAH en France. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/Prevalence-du-TDAH-en-France.html>
7. Corraze J. Chapitre 5. Trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité. Psychomotricité. 2012;75-89.
8. Crichton A. Une enquête sur la nature et l'origine du dérangement mental : compréhension d'un système concis de la physiologie et pathologie de l'esprit humain et l'histoire des passions et de leurs effets.
9. Duprat GL. Alexander Crichton histoire.
10. Duprat GL. Histoire du TDAH 2022/06/09 2/3 TDAH Partout Pareil – 17b boulevard Waldeck Rousseau – 42400 Saint-Chamond.
- 11.
12. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* sept 2021;128:789-818.
13. Konofal eric. histoire illustrée de l'hyperactivité. impulsion natur.
14. Blanchard P. Les jeunes enfants. Lehuby; 1842. 250 p.
15. Ratisbonne L (1827 1900) A du texte. Plume le distrait : Distraction de plume à l'usage des enfants de 5 à 50 ans / par Trim [Internet]. 1867 [cité 28 oct 2025]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k98044575>
16. Touche à tout, ses tragiques mésaventures par Cruppi Alice: Cartonage d'éditeur (1928) | Abraxas-libris [Internet]. [cité 28 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.abebbooks.fr/edition-originale/Touche-tragiques-m%C3%A9saventures-Cruppi-Alice-Nathan/32119022061/bd>
17. texte B (1820 1882) A du. Mlle Marie sans-soin / par Bertall [Internet]. 1894 [cité 28 oct 2025]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5771731w>

18. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
19. Priol A. Partenariat entre enseignants de l'école élémentaire, parents et orthophonistes: quelle collaboration autour du TDAH? 2021;
20. Teicher MH, Ito Y, Glod CA, Barber NI. Objective measurement of hyperactivity and attentional problems in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mars 1996;35(3):334-42.
21. Formation HyperSupers TDAH France - TDAH Formation - Formation TDAH [Internet]. [cité 6 oct 2025]. Disponible sur: https://www.tdah-formation.fr/main/lp/lp_controller.php?cidReq=TDAHV2&id_session=31&gidReq=0&gradebook=0&origin=course&action=view&lp_id=23
22. Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans. 2024;
23. Livret-reperage-TND-7-12-ans.pdf [Internet]. [cité 6 oct 2025]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2025-06/Livret-reperage-TND-7-12-ans.pdf>
24. Nouvelle version du « Guide de repérage des signes inhabituels de développement chez les enfants de moins de 7 ans » | handicap.gouv.fr [Internet]. 2024 [cité 6 oct 2025]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/nouvelle-version-du-guide-de-reperage-des-signes-inhabituels-de-developpement-chez-les-enfants-de-moins-de-7-ans>
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 6 oct 2025]. Trouble du neurodéveloppement/TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3302482/fr/trouble-du-neurodeveloppement/tdah-diagnostic-et-interventions-therapeutiques-aupres-des-enfants-et-adolescents
26. PNAS [Internet]. [cité 6 oct 2025]. PNAS – Explore High-Impact Scientific Research Across Disciplines from One of the World's Most-Cited Journals. Disponible sur: <https://www.pnas.org/>
27. Habib M. Le cerveau de l'hyperactif: entre cognition et comportement. *Développements*. 2011;9(3):26-40.
28. Purper-Ouakil D, Lepagnol-Bestel AM, Grosbellet E, Gorwood P, Simonneau M. Neurobiologie du trouble déficit de l'attention/ hyperactivité. *médecine/sciences*. 1 mai 2010;26(5):487-96.
29. Laporte P. HyperSupers - TDAH France. 2005 [cité 6 nov 2025]. Les données génétiques. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/Les-donnees-genetiques.html>
30. PDF.
31. Zoppé H, Weibel S. TDAH : attention aux comorbidités ! *Presse Médicale Form*. 1 déc 2024;5(6):408-16.
32. ORA - Consultation en ligne [Internet]. [cité 28 sept 2025]. ORA - Consultation en ligne. Disponible sur: <https://www.ora-visio.fr/>
33. psychoéducation et TDAH.
34. Thérapie comportementale et cognitive du TDAH - TCC - HyperSupers - TDAH France [Internet]. [cité 24 août 2025]. Disponible sur:

<https://www.tdah-france.fr/Therapie-comportementale-et-cognitive-du-TDAH-Frederic-Kochman-2005.html>

35. TCC et TDAH.
36. Redirecting [Internet]. [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%a9motion/28829>
37. Valette A. Le TDAH et la gestion des émotions [Internet]. Blog Hop'Toys. 2025 [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.bloghoptoys.fr/le-tdah-et-la-gestion-des-emotions>
38. Toninato AM. HyperSupers - TDAH France. 2013 [cité 26 juill 2025]. Remédiation cognitive des troubles attentionnels : des aspects théoriques aux applications cliniques. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/Remediation-cognitive-des-troubles.html>
39. ORA - Consultation en ligne [Internet]. [cité 26 juill 2025]. TDAH : la rééducation par la remédiation cognitive. Disponible sur: <https://www.ora-visio.fr/la-remediation-cognitive-technique-de-reeducation-pour-tdah/>
40. Cogmed [Internet]. [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.cogmed.fr/>
41. Ergothérapie | Définition, expertises et protocoles de soins [Internet]. Ergotherapeutes.net. [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.ergotherapeutes.net/ergotherapie/>
42. HyperSupers - TDAH France [Internet]. 2021 [cité 26 juill 2025]. L'ergothérapie et TDAH. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/L-ergotherapie-dans-le-cadre-d-un-TDAH.html>
43. Larousse É. Définitions : orthophonie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/orthophonie/56616>
44. mohamed mohamed. Le TDA/H et l'intervention en orthophonie | Centre Mosaïque de Québec [Internet]. Centre Mosaïque de Québec Clinique d'orthophonie. 2020 [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.centremosaicque.ca/tdah-intervention-orthophonie/>
45. Formation HyperSupers TDAH France - TDAH Formation [Internet]. [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <http://tdah-formation.fr/>
46. HyperSupers - TDAH France [Internet]. 2014 [cité 24 août 2025]. PAP Plan d'Accompagnement Personnalisé. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/PAP-Plan-d-Accompagnement.html>
47. HyperSupers - TDAH France [Internet]. 2014 [cité 24 août 2025]. Le Projet d'Accueil Individualisé PAI. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/Le-Projet-d-Accueil-Individualise.html>
48. Gétin C, directrice. HyperSupers - TDAH France. 2010 [cité 24 août 2025]. Le Projet personnalisé de scolarisation PPS. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/Le-Projet-personnalise-de-scolarisation-PPS.html>
49. Le TDAH et l'école - Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité [Internet]. 2014 [cité 24 août 2025]. Les dispositifs d'aménagements individuels de la scolarité - Programme Personnalisé de Réussite Educative [PPRE] - Le TDAH et l'école. Disponible sur: <https://www.tdahécole.fr/programme-personnalise-de-reussite-educative-ppre>

50. Neurofeedback pour le TDAH chez les enfants [Internet]. 2025 [cité 24 août 2025]. Disponible sur: <https://neurosphere.fr/les-troubles/neurofeedback-pour-tdah-chez-enfants>
51. [search?q=neurofeed%20back%20et%20TDAH%20explication%20simple&qs=n&form=QBRE&sp=-1&ghc=1&lq=0&pq=neurofeed%20back%20et%20tdah%20explication%20simple&sc=12-41&sk=&cvid=1A0E9219E24D47768E80F65C1B78A9E6](https://www.cabinet-neurofeedback.fr/2019/04/05/tdah-troubles-efficacite-neurofeedback/) [Internet]. [cité 24 août 2025]. Disponible sur: <https://www.cabinet-neurofeedback.fr/2019/04/05/tdah-troubles-efficacite-neurofeedback/>
52. VIDAL [Internet]. 2025 [cité 27 juill 2025]. METHYLPHENIDATE ARROW LP 30 mg gél LP. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/methylphenidate-arrow-lp-30-mg-gel-lp-226955.html>
53. M. Stahl S. psychopharmacologie essentielle. (Médecine science; vol. 4^e édition).
54. M. Stahl S. Le guide du prescripteur. (Médecine Science; vol. traduction 6^{ème} édition américaine).
55. VIDAL [Internet]. [cité 29 sept 2025]. Lisdexamfétamine : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/lisdexamfetamine-23595.html>
56. Lisdexamfetamine - dosage, effets, effets secondaires - medikamio [Internet]. [cité 29 sept 2025]. Disponible sur: <https://medikamio.com/fr-fr/substances/lisdexamfetamine>
57. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 sept 2025]. INTUNIV (guanfacine), agoniste alpha adrénergique. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769369/fr/intuniv-guanfacine-agoniste-alpha-adrenergique
58. CT-15974_INTUNIV_PIC_INS_Avis3_CT15974.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15974_INTUNIV_PIC_INS_Avis3_CT15974.pdf
59. anx_132789_fr.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2015/20150917132789/anx_132789_fr.pdf
60. guide-traitements-tdah.pdf [Internet]. [cité 21 oct 2025]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/specialites_psychiatriques/documents/guide-traitements-tdah.pdf
61. Meddispar - Conditions de délivrance [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Condition-s-de-delivrance>
62. HyperSupers - TDAH France [Internet]. 2025 [cité 6 sept 2025]. Voyager à l'étranger avec ses médicaments. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/Voyager-etranger-traitement-mph.html>
63. ANSM [Internet]. [cité 7 nov 2025]. Voyager avec mes médicaments : Nouvelle modalité de transmissio. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/vos-demarches/patient/voyager-avec-mes-medicaments>

64. TDAH Traitements naturels : Plantes et Aliments efficaces 2025 [Internet]. <https://tdahfocus.com/>. 2025 [cité 15 oct 2025]. Disponible sur: <https://tdahfocus.com/tdah-traitements-naturels-efficaces-plantes/>
65. Vastel A. Plantes médicinales au secours de l'hyperactivité et du TDAH [Internet]. Anne Vastel. 2013 [cité 15 oct 2025]. Disponible sur: <https://annevastelherboriste.ca/2013/09/plantes-medicinales-hyperactivite-tdah/>
66. Les huiles essentielles | Ministère de l'Économie des Finances et de la Souveraineté industrielle et énergétique [Internet]. [cité 29 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/les-fiches-pratiques-et-les-faq/les-huiles-essentielles>
67. panarom - Recherche Google [Internet]. [cité 29 oct 2025]. Disponible sur: <https://panarom.fr/>
68. COUIC-MARINIER F. Huiles essentielles : l'essentiel. 2013.
69. complément alimentaire et tdah - Recherche Google [Internet]. [cité 15 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.lemondedutdah.fr/post/les-compl%C3%A9ments-alimentaires-adapt%C3%A9s-au-tdah?srsltid=AfmBOooKjotRVYtS08LdG7aHzKD-UMJe31aXmTKgOU6pzSv4mlXkkgZf>
70. Décret n°2006-352 du 20 mars 2006 relatif aux compléments alimentaires. 2006-352 mars 20, 2006.
71. DGCCRF | Ministère de l'Économie des Finances et de la Souveraineté industrielle et énergétique [Internet]. [cité 29 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf>
72. Saillard M. Règlementation relative à l'étiquetage et aux allégations des produits alimentaires en général, et des huiles et matières grasses en particulier. OI Corps Gras Lipides. mars 2012;19(2):76-82.
73. CEDAP: seuils des allégations nutritionnelles (BOCCRF n°15, 31 août 1999) [Internet]. [cité 29 oct 2025]. Disponible sur: https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dgccrf/boccrf/99_15/a0150014.htm
74. Establier E. Quand prendre du Magnésium ? Quels sont ses bienfaits ? [Internet]. Laboratoire NHCO Nutrition. 2024 [cité 29 oct 2025]. Disponible sur: <https://nhco-nutrition.com/journal/quand-prendre-du-magnesium/>
75. Samuel Hahnemann. In: Wikipédia [Internet]. 2025 [cité 29 oct 2025]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Samuel_Hahnemann&oldid=223580645
76. Quemoun AC, Pensa S. Le guide visuel de l'homéopathie. Paris: Leduc.s éditions; 2016.
77. ANSM [Internet]. [cité 29 oct 2025]. Nos missions - Homéopathie. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/notre-perimetre/les-medicaments/p/homeopathie>
78. info.gouv.fr [Internet]. [cité 29 oct 2025]. Déremboursement des médicaments homéopathiques. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/deremboursement-des-medicaments-homeopathiques>

Université de Lille

UFR3S-Pharmacie

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2025/2026

Nom : Popieul

Prénom :Julie

Titre de la thèse : Prise en charge de l'hyperactivité chez l'enfant âgé de 6 ans ou plus et place du pharmacien d'officine dans son accompagnement

Mots-clés : TDAH, Enfant, Pharmacien d'officine, Prise en charge, Accompagnement, Méthylphénidate, Diagnostic, Inattention, Hyperactivité, Impulsivité, Trouble du neurodéveloppement, Prise en charge non médicamenteuse, Accompagnement scolaire, Comorbidités

Résumé : Cette thèse explore la prise en charge du Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) chez l'enfant de 6 ans et plus. Elle examine les différentes approches thérapeutiques, médicamenteuses (notamment le méthylphénidate) et non médicamenteuses (psychoéducation, TCC, aménagements scolaires). Un accent particulier est mis sur la place et le rôle du pharmacien d'officine, en tant qu'acteur de proximité essentiel pour l'accompagnement, le conseil et l'éducation thérapeutique des patients et de leurs familles. Le travail analyse également les difficultés du parcours de diagnostic et l'impact de la stigmatisation sociale, en s'appuyant sur une enquête de terrain menée auprès de parents concernés

Membres du jury :

Président : DINE, Thierry, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, Université de Lille et Groupe Hospitalier Loos Haubourdin

Directeur, conseiller de thèse : MASSE, Morgane, Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier, Université et CHU de Lille

Assesseur : MERLEN, Jean, Docteur en Pharmacie, Pharmacie de la Liberté

Assesseur : WINKLER, Juline, Docteur en Pharmacie, Pharmacie de la Pimprenelle