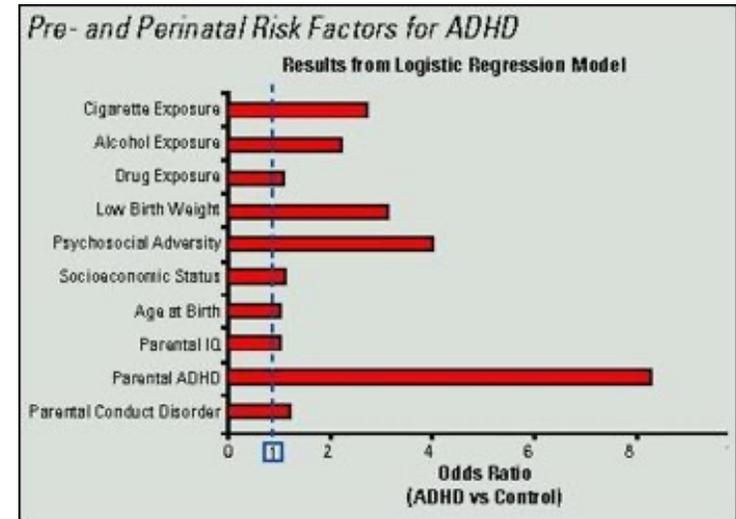
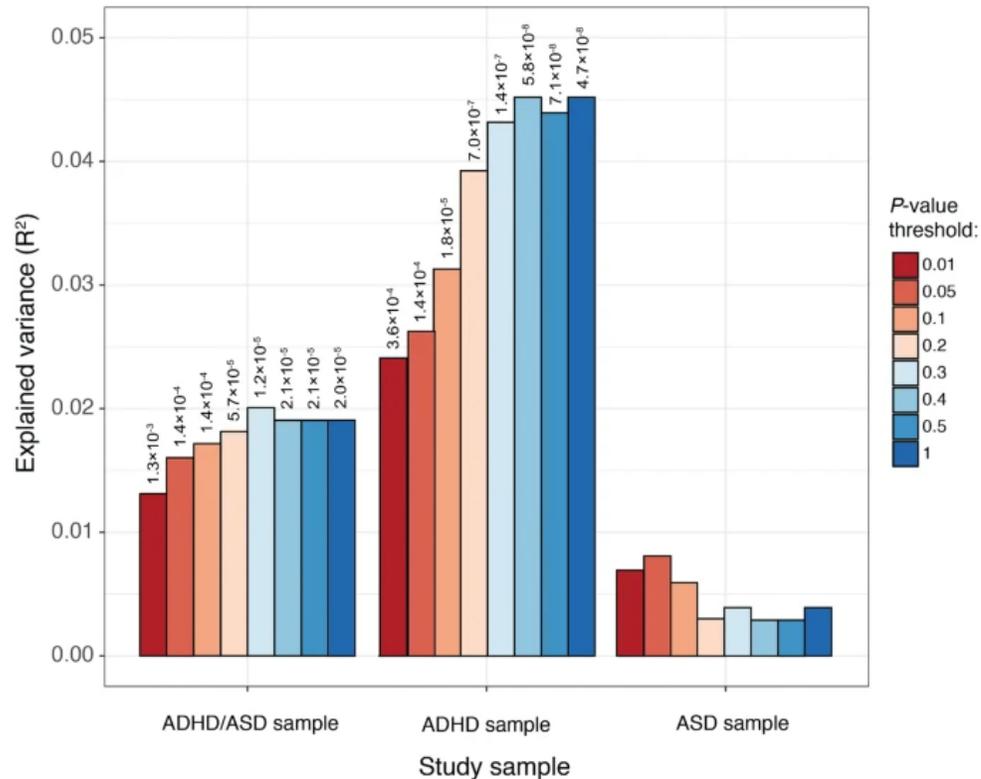


Des talents extraordinaires et des défis exceptionnels : l'autisme associé au TDAH à l'âge adulte

N PERROUD

1. Deux troubles neurodéveloppementaux à forte héritabilité et partageant des facteurs de risques communs!

- >80% d'héritabilité

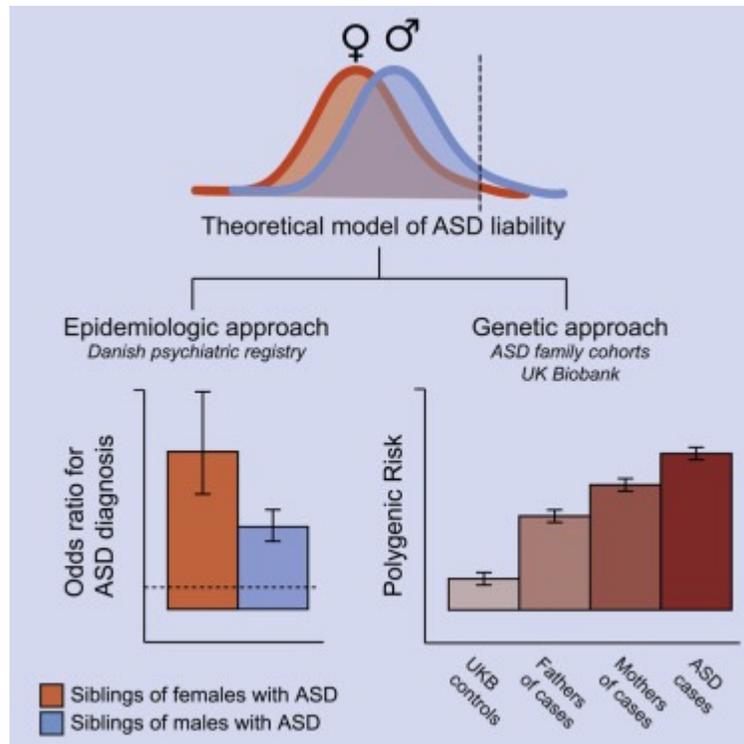


2. Deux troubles « oubliés » chez les filles/femmes

Prévalence: 1% TSA et 4% TDAH

- TSA: 4:1
- TDAH: 4:1 dans l'enfance 1:1 à l'âge adulte

« l'effet protecteur féminin »
Filles/femmes doivent atteindre un seuil plus élevé d'expositions génétiques et environnementales pour exprimer le TDAH



Cell Genomics

CellPress
OPEN ACCESS

Article

The female protective effect against autism spectrum disorder

Emilie M. Wigdor,^{1,2} Daniel J. Weiner,^{1,3} Jakob Grove,^{4,5,6,7} Jack M. Fu,^{1,8} Wesley K. Thompson,⁹ Caitlin E. Carey,^{1,3} Nikolas Baya,^{1,3} Celia van der Merwe,^{1,3} Raymond K. Walters,^{1,3} F. Kyle Satterstrom,^{1,3} Duncan S. Palmer,^{1,3} Anders Rosengren,^{7,10} Jonas Bybjerg-Grauholm,^{7,16} iPSYCH Consortium,¹⁷ David M. Hougaard,^{7,16} Preben Bo Mortensen,^{4,10,12,13} Mark J. Daly,^{1,3,11} Michael E. Talkowski,^{1,8} Stephan J. Sanders,¹⁴ Somer L. Bishop,¹⁴ Anders D. Børglum,^{4,5,10} and Elise B. Robinson^{1,3,15,18,*}

3. Deux troubles fréquemment rencontrés ensemble!

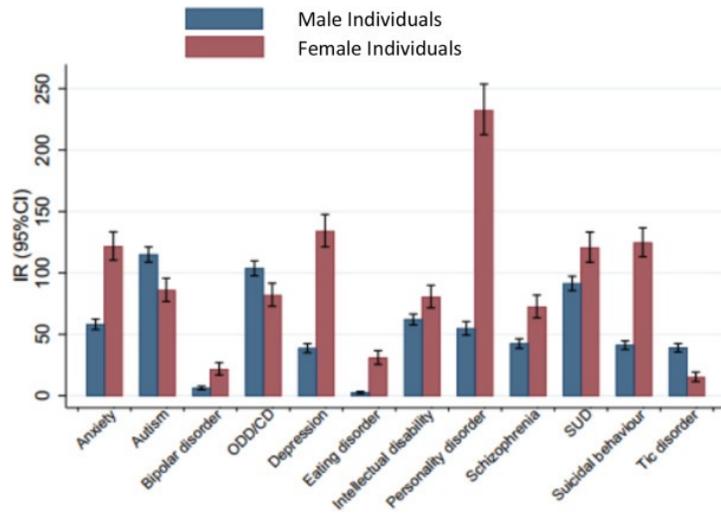


Figure 1. Incidence Rates (IRs) per 10,000 Person-Years of 12 Psychiatric Disorders in Female and Male Individuals With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

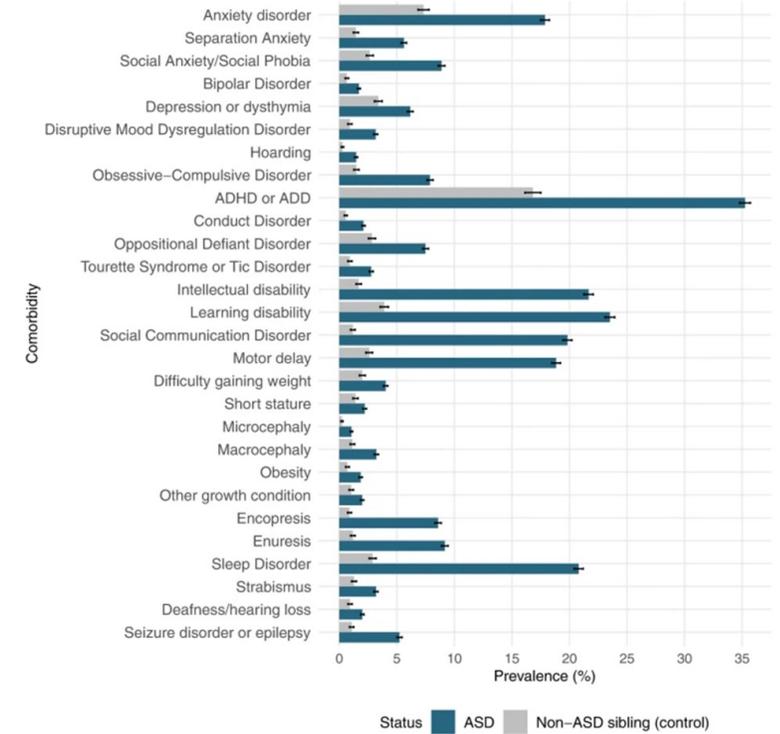
13% of children who were diagnosed with ADHD were also diagnosed with ASD

Table 1

Pooled estimate of point and combined (point and lifetime) prevalence and subgroup analyses.

Pooled estimate of prevalence			Subgroup analysis: Age group			Subgroup analysis: Study design		
Co-occurring condition prevalence type	Prevalence in autistic population	$I^2\%$ (Q Test p-value)	Child/Adolescent	Adult	$^aQb(1)$ (p-value)	Clin Com	Pop Reg	$Qb(1)$ (p-value)
Mental health and psychiatric								
ADHD	37% (28–46%)	99.93 (<0.0001)	N = 44	N = 13	3.93 (0.05)	N = 49	N = 23	4.89 (0.03)
N = 72			n = 108,301	n =		n = 9658	n = 199,131	
n = 208,789			45% (32–58%)	22% (8–41%)		43% (35–52%)	25% (13–39%)	

Fig. 2: Barplots illustrating the prevalence of comorbid conditions by ASD status.



Prevalence estimates in unaffected siblings (grey bars) were standardized to year of evaluation, age and sex distribution in ASD cases (blue bars).

Les critères DSM-5 du TDAH

1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).
 2. A souvent du mal à soutenir son attention sur des tâches ou dans des activités de jeux (ex : a du mal à rester concentré durant les cours, les conversations, ou la lecture d'un long texte).
 3. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : l'esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).
 4. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex : commence le travail mais perd vite le focus et est facilement distrait).
 5. A souvent du mal à organiser ses travaux et ses activités (ex : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver son matériel et ses effets personnels en ordre ; travail en désordre et désorganisé ; a une mauvaise gestion du temps ; ne parvient pas à respecter les délais).
 6. Souvent évite, a en aversion, ou est réticent à s'engager dans des tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparer des rapports, remplir des formulaires, revoir un long article).
 7. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, travaux écrits, lunettes, téléphone mobile).
 8. Est souvent facilement distrait par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure des pensées non reliées).
 9. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, retourner des appels, payer les factures, respecter les rendez-vous).
1. Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
 2. Quitte souvent son siège dans des situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situation qui nécessitent de rester en place).
 3. Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).
 4. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
 5. Est souvent "sur la brèche", agité, ou comme "il était" monté sur ressorts" (ex : est incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité, ou comme difficile à suivre).
 6. Souvent, parle trop.
 7. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex : termine les phrases de ses interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation).
 8. A souvent du mal à attendre son tour (ex : dans une file d'attente).
 9. Interrompt souvent les autres ou s'immisce (ex : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui sans demander ou recevoir leur permission ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer et reprendre ce que d'autres font).

ATTENTION

Hyperactivité / Impulsivité

attention
to
detail



ADHD
Focus vs.
Hyper-Focus

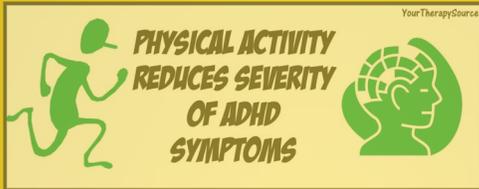
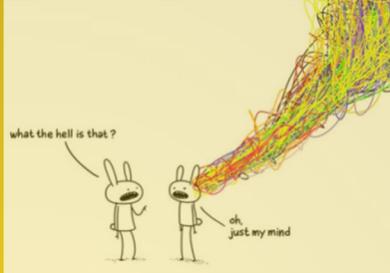


ATTENTION

9 critères d'inattention

1. Souvent ne parvient pas à prêter **attention aux détails** ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
2. A souvent du mal à **soutenir son attention** sur des tâches ou dans des activités de jeux
3. Semble souvent **ne pas écouter** quand on lui parle personnellement
4. Souvent, **ne se conforme pas aux consignes** et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles
5. A souvent du **mal à organiser** ses travaux et ses activités .
6. Souvent évite, a en aversion, ou est réticent à s'engager dans des tâches qui nécessitent un **effort mental soutenu**
7. **Perd souvent les objets** nécessaires à son travail ou à ses activités
8. Est souvent **facilement distrait** par des stimuli externes
9. A des **oublis fréquents** dans la vie quotidienne

9 critères d'hyperactivité/impulsivité



HYPERACTIVITE/IMPULSIVITE

1. **Remue** souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
2. **Quitte souvent son siège** dans des situations où il est supposé rester assis
3. Souvent, **court ou grimpe partout**, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).
4. A souvent du **mal à se tenir tranquille** dans les jeux ou les activités de loisir.
5. Est souvent **"sur la brèche"**, agissant comme s'il était "monté sur ressorts"
6. Souvent, **parle trop**.
7. Laisse souvent **échapper la réponse** à une question qui n'est pas encore entièrement posée
8. A souvent du **mal à attendre son tour**
9. **Interrompt souvent les autres** ou s'immisce



- **Persistence**

- Pendant au moins 6 mois
- Plusieurs symptômes étaient présents avant l'âge de 12 ans

- **Handicap**

- Interfère avec le fonctionnement
- Interfère avec ou réduit la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel

- **Impact**

- Dans deux situations ou plus (ex : à la maison, l'école, ou au travail ; avec des amis ou la famille ; dans d'autres activités).

- **Pour les adolescents les plus âgés et les adultes (17 ans et plus) = 5 symptômes**

- **Symptômes ne pouvant pas être expliqués par un autre trouble mental**

Les renseignements extérieurs

Cond.: <i>AB</i> Applic.: <i>B</i> Sophie est beaucoup trop bavarde. Elle tombe deux fois de sa chaise en une demi-heure. Signature: <i>heure. gmm</i>
Cond.: <i>B</i> Applic.: <i>méd.</i> Occupe-toi de tes affaires. Sophie se contente du moindre effort. Signature: <i>lambine sans cesse. gmm</i>
Cond.: <i>B</i> Applic.: <i>B</i> Mieux cette semaine. Signature: <i>gmm</i>
Cond.: <i>AB</i> Applic.: <i>B</i> De nouveau bavarde. On ne se promène pas pendant la dictée. Signature: <i>gmm</i>

Mois de novembre 1963...

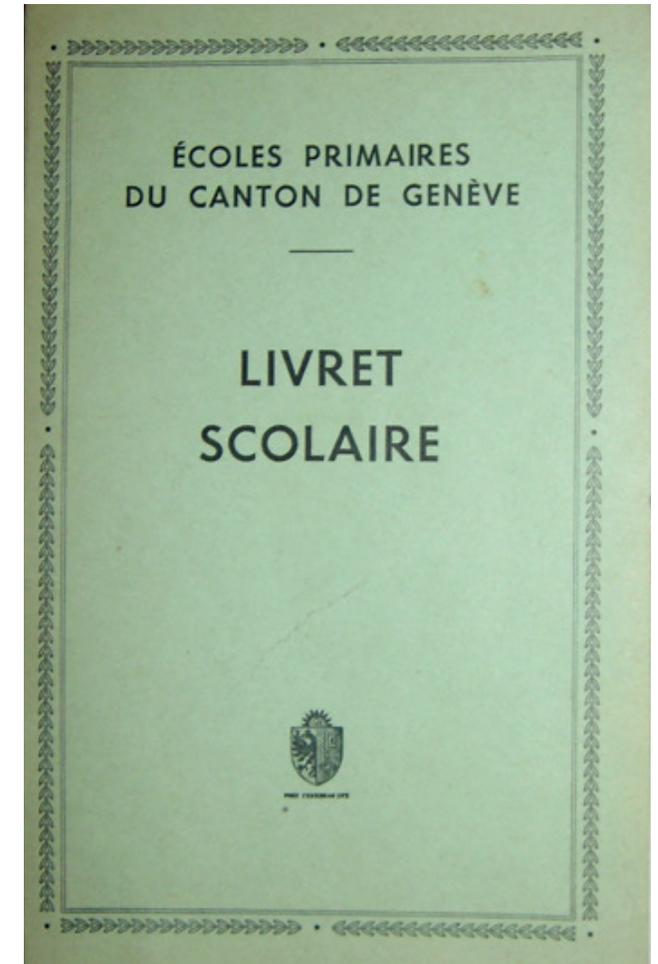
OBSERVATIONS
de l'instituteur ou de l'institutrice
(aucune modification ou adjonction ne peut y être apportée par les parents)

Cond.: <i>AB</i> Applic.: <i>Méd.</i> Sophie bavarde, se retourne, se lève, guigne dans mes affaires, tombe de sa chaise. Signature: <i>sa chaise. gmm</i>	Du désordre Un publi. Des notes!
Cond.: <i>B</i> Un peu mieux. Signature: <i>gmm</i>	Applic.: <i>AB</i> Étourderie et travaux négligés.
Cond.: <i>B</i> Applic.: <i>B</i> Sophie pourrait avoir de meilleurs résultats avec juste un peu plus de persévérance et d'application. Signature: <i>rance et d'application gmm</i>	

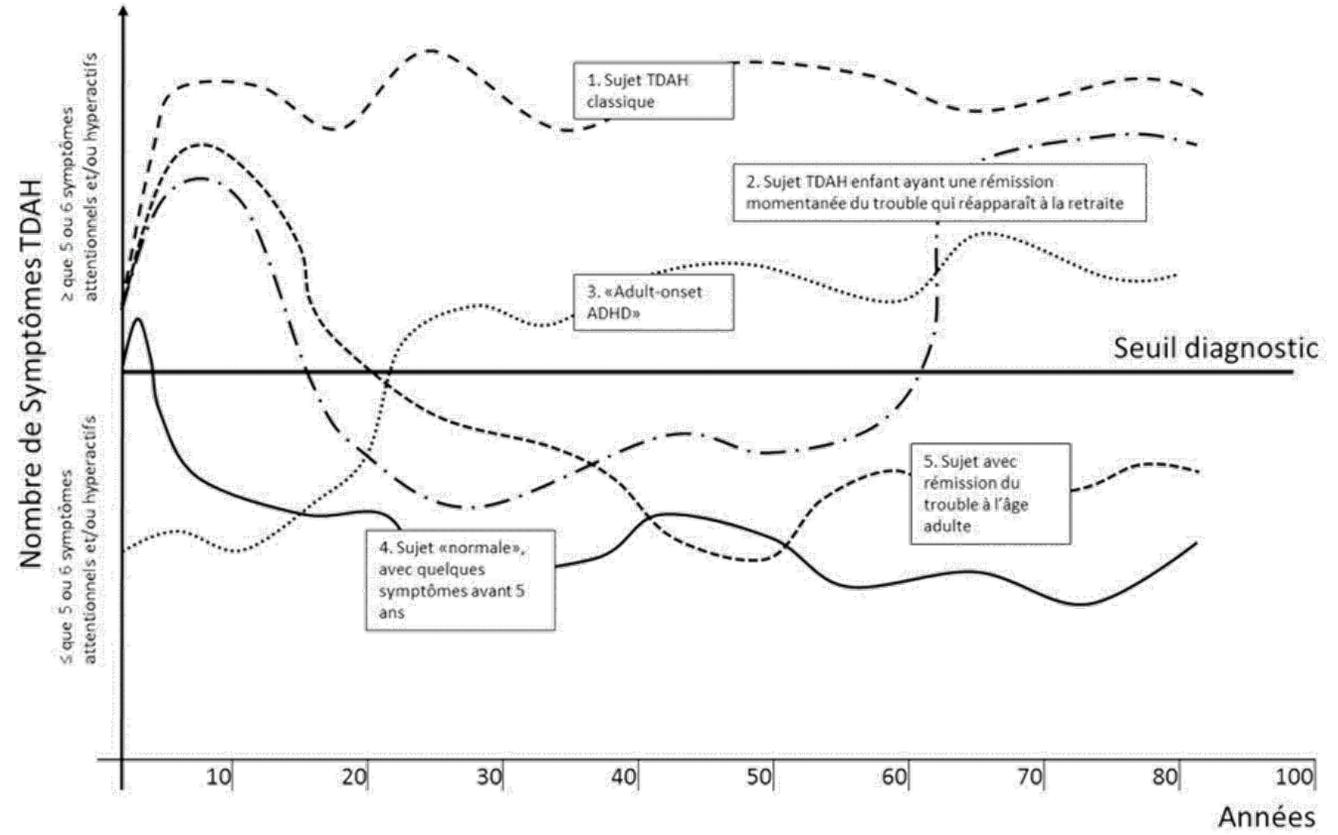
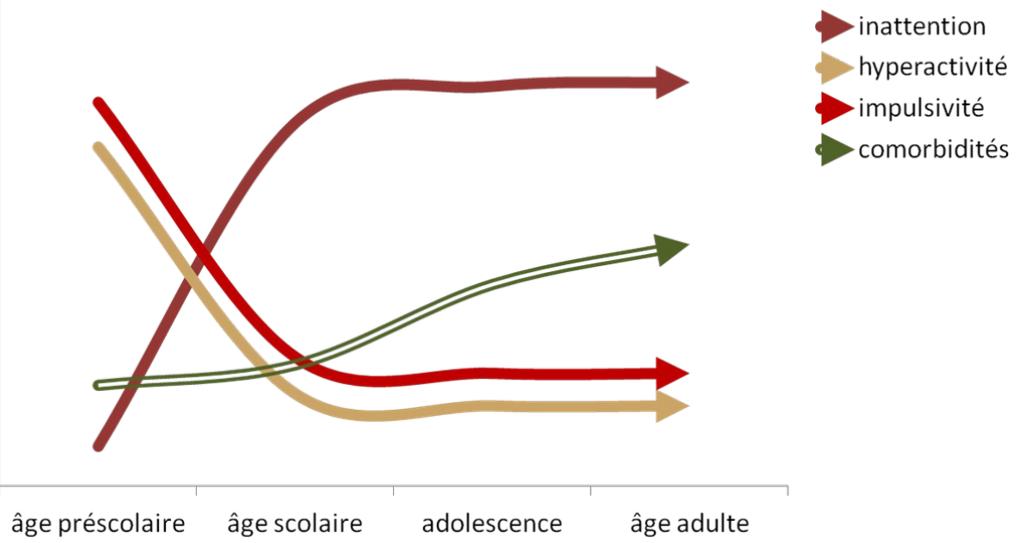
Mois de janvier 1964

OBSERVATIONS
de l'instituteur ou de l'institutrice
(aucune modification ou adjonction ne peut y être apportée par les parents)

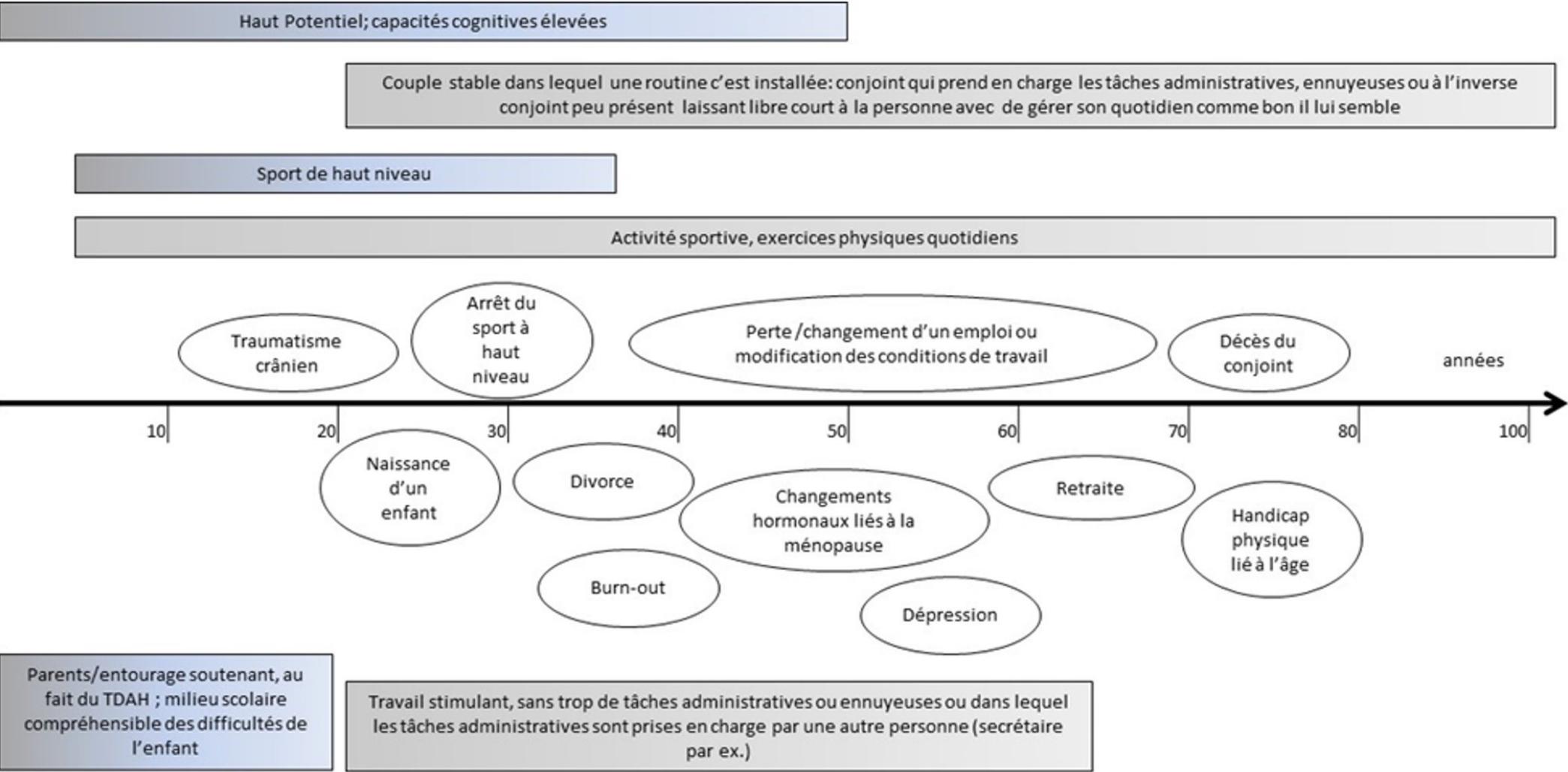
Cond.: <i>B</i> M. Lambine plus et obéis. Signature: <i>gmm</i>	Applic.: <i>AC</i> Guru aux fureurs. Je te dirai le calcul que fait.
Cond.: <i>B</i> Bien. Signature: <i>gmm</i>	Applic.: <i>B</i>
Cond.: <i>AB</i> Trop d'agitation, de bobol et de promenades. Rien de l'ordre dans ton pupitre. Signature: <i>gmm</i>	Applic.: <i>AB</i>



Ça évolue dans le temps!

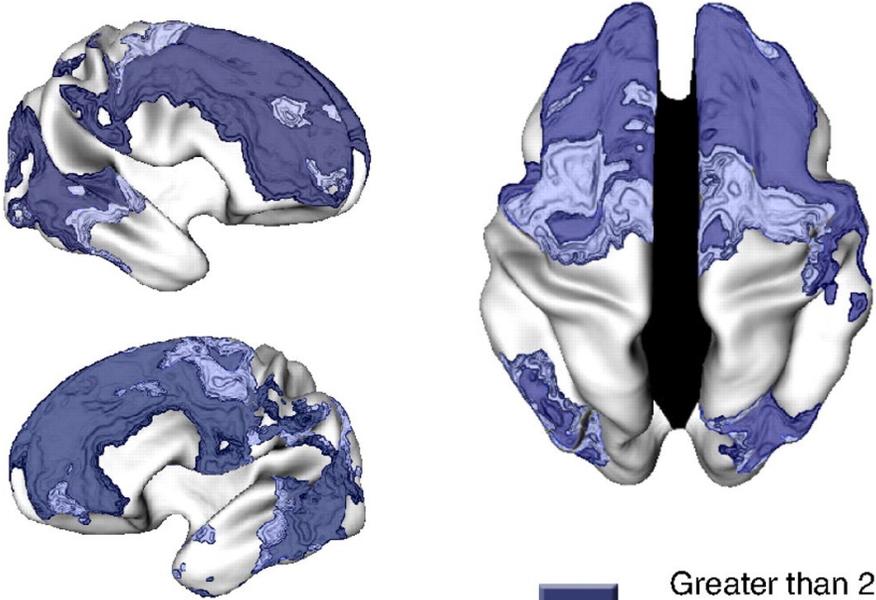
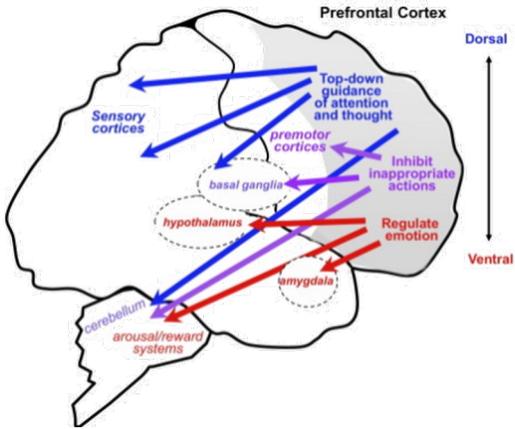
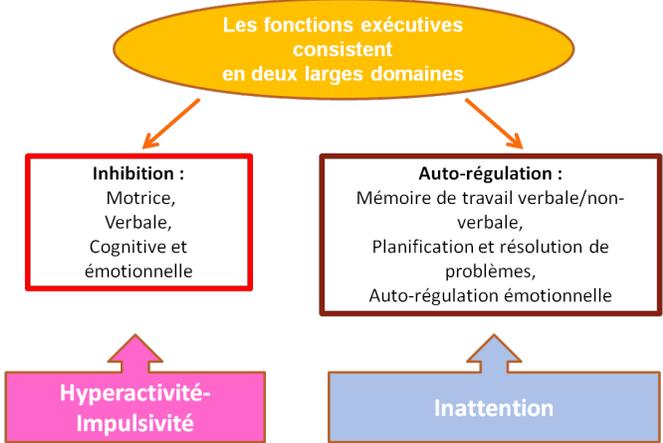


Il existe des facteurs protecteurs et des facteurs de risque de décompensation



Une base neurobiologique!

Le TDA-H est un trouble des fonctions exécutives



■ Greater than 2 years' delay
■ 0 to 2 years delay

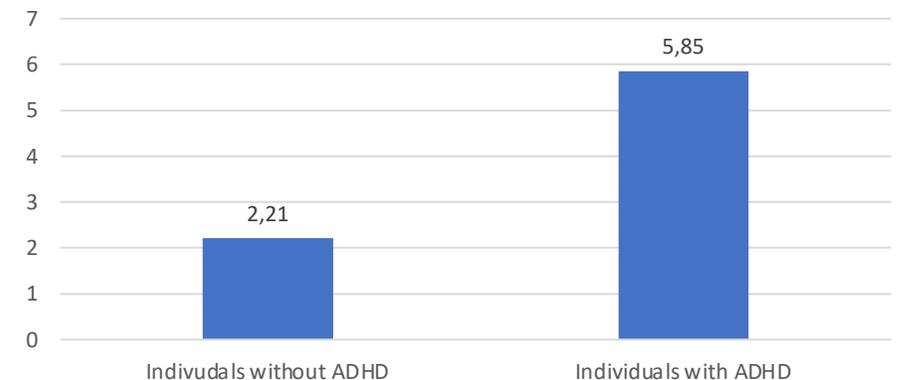
Les régions où le groupe TDAH présentait un retard de maturation corticale, comme l'indique l'âge plus avancé du pic d'épaisseur corticale.

Liston et al. 2011; Barkley, 2011; Arnsten and Rubia 2012; Roostain et al 2013; Cortese et al 2021; Ohi et al 2020; P. Shaw et al. 2007
Faraone, Sergeant et al. 2003; Fayyad et al. 2007; 2012; Barkley et al 2002; Kooij et al 2002; Simon et al 2009

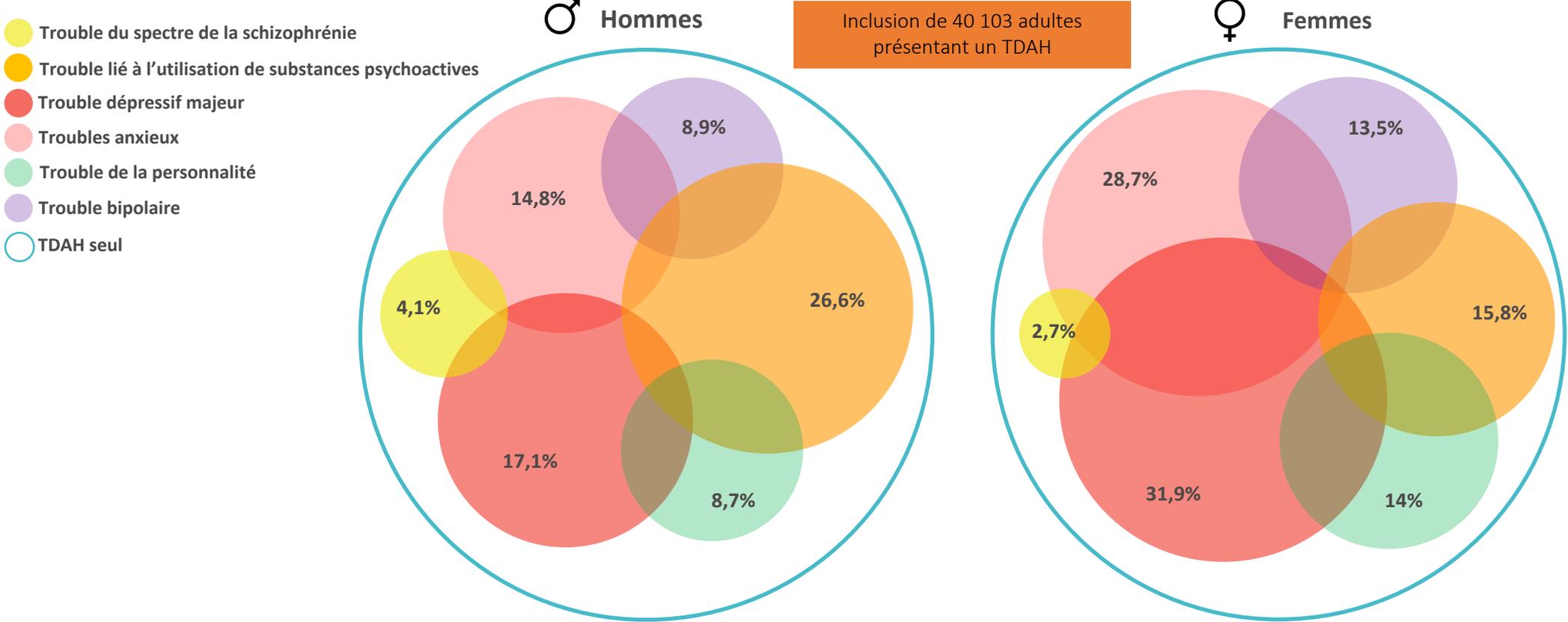
Une maladie avec un vrai impact

- **Niveau de la formation**
 - Moins susceptibles d'atteindre un niveau de formation en hautes écoles (23% contre 59%)
- **Emploi**
 - Moins d'emploi en cours (52% contre 72%)
 - Plus de rente d'invalidité (32% contre 2%)
- **Finance**
 - Plus d'oublis de payer des factures importantes (33% contre 11%)
 - Plus endettés (42% contre 22%)
- **Problèmes comportementaux**
 - 50% plus susceptibles d'être victimes d'accidents graves
 - Les jeunes adultes (âgés de 19 à 25 ans): plus susceptibles de devenir parents (38% contre 4%) ou avoir une maladie sexuellement transmissible (17% contre 4%)
 - ~2x plus susceptibles d'être arrêtés (37% contre 18%)
- **Les relations interpersonnelles**
 - ~2x plus susceptibles de divorcer (28% contre 15%)

Taux de mortalité pour 10 000 années-personnes chez les individus sans et avec TDAH¹

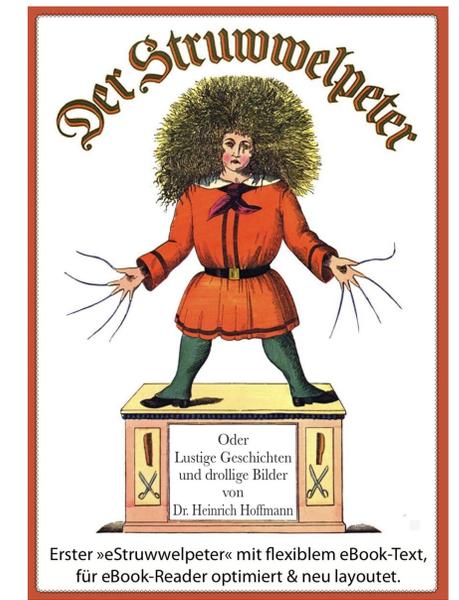
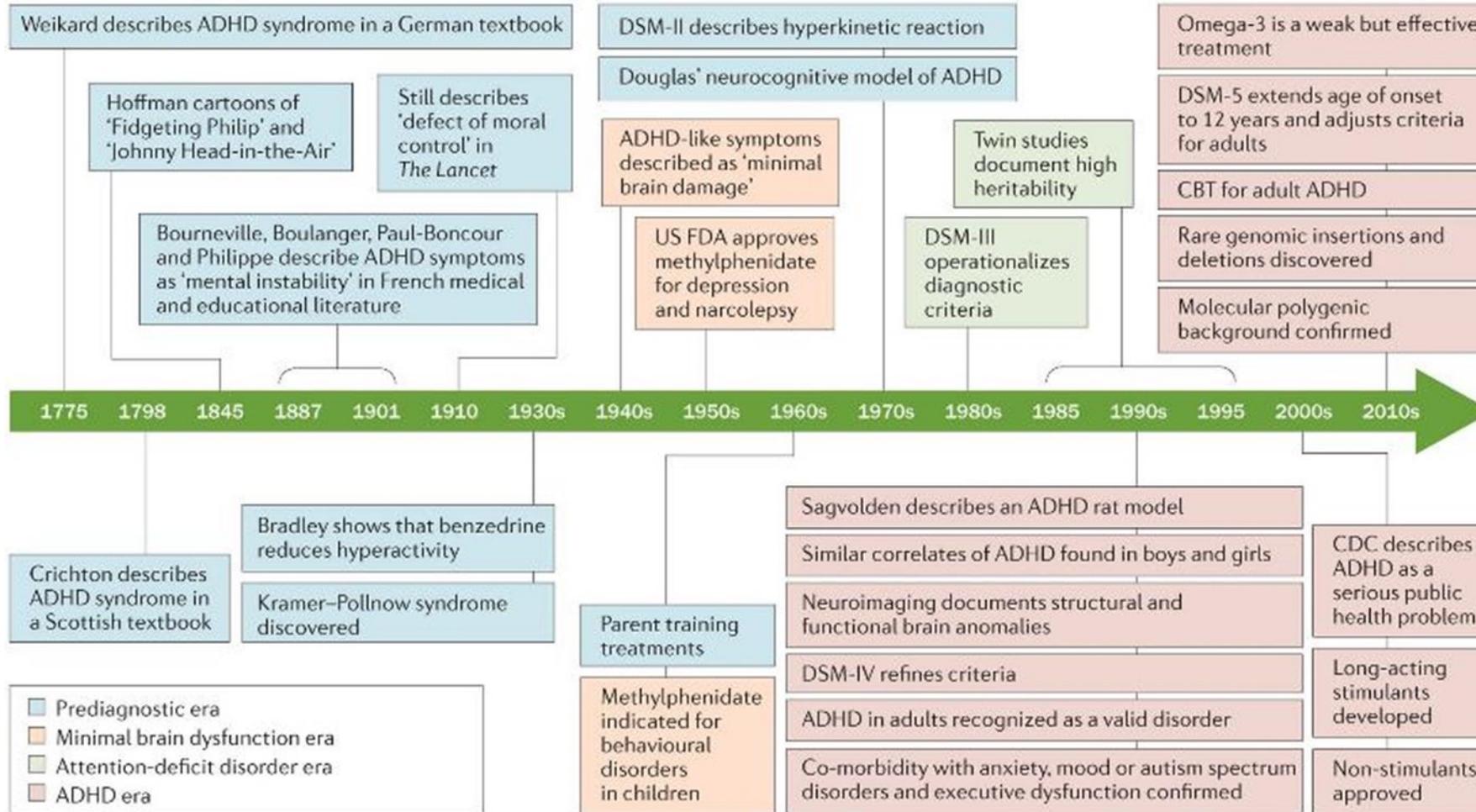


~80% des adultes avec un TDAH présentent au moins un trouble psychiatrique coexistant.



Solberg BS, et al., Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. Acta Psychiatr Scand 2018;137:176-86; 2. Torgersen T, et al. ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. Nord J Psychiatry 2006; 60(1): 38-43; 3. Sobanski E, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2007; 257(7): 371-7

Un trouble si récent que ça?



Nature Reviews | Disease Primers

NOM	MOLECULE	PRESENTATION	PARTICULARITES	DUREE D'ACTION	RECOMMANDATION D'UTILISATION	INTER. MEDICAM. PHARMACODYN.	REMBOURSEMENT PAR LES CAISSES
Psychostimulants à base d'amphétamine							
Evaner®	Lisdexamphétamine (pro-molécule)	Caps. 20, 30, 50, 40, 60 et 70mg	1. Transformé dans le sang en dextroamphétamine: risque d'abus faible. 2. Contenu soluble dans l'eau, le jus d'orange et le lait. 3. Les grumeaux de la capsule peuvent être écrasés pour bien dissoudre le produit. 4. Pas de modification avec la nourriture.	13-14h	Commencer à 30mg/j puis augmenter selon réponse; dose max: 70mg/j (pas réponse 30mg/j) si insuff. réale)	Avec substances métabolisées par les CYP2D6 (ex: fluoxétine, CYP2C19 (ex: pantoprazole) et CYP2C19 (ex: ésomeprazole)	6-50 ans; Uniquement si non réponse au méthylphénidate (médicament de seconde intention)
Atenter®	Dexamphétamine	Comp. 5, 10 et 20mg	1. Comprimés sécables en quatre. 2. Doivent être avalés entiers ou après avoir été partagés; ne doivent être ni croqués ni écrasés. 3. Pas de modifications avec la nourriture.	6-8h	Commencer à 5-10mg/j puis augmenter selon réponse; dose max: 40mg/j	Non	6-18 ans; Uniquement si non réponse au méthylphénidate (médicament de seconde intention)
Psychostimulants à base de méthylphénidate - formes à libération immédiate							
Ritaline®	Méthylphénidate	Comp. 10mg	1. Comprimés sécables. CAVE: risque d'abus. 2. Pas de modification par la nourriture.	3-4h (2-3 prises nécessaires)	Commencer à 5-10mg/j puis titrer à un max de 60mg/j (BD 100mg) mais non validé par SwissMedic	Non	6-18 ans
Mediker®	Méthylphénidate	Comp. 5, 10 et 20mg	1. Pas de modification par la nourriture.	3-4h (2-3 prises nécessaires)	Commencer à 5-10mg/j puis titrer à un max de 60mg/j (BD 100mg) mais non validé par SwissMedic	Non	6-18 ans
Psychostimulants à base de méthylphénidate - formes à libération immédiate et retardée							
Ritaline SR®	Méthylphénidate	Comp. 20mg	1. Doit être avalé entier; ne doit être ni croqué ni écrasé. A prendre après un repas d'absorption et durée de l'effet renforcées par un repas riche en gras.	5-8h	Commencer à 20mg et titrer (60mg max) (BD 100mg) mais non validé par SwissMedic	Non	6-18 ans
Ritaline LA®	Méthylphénidate	Caps. 10, 20, 30 et 40mg	1. Caps. peuvent être ouvertes et les granules dispersés sur un peu de nourriture molle (l'aliment ne doit pas être chaud). 2. Pour être pris indépendamment des repas (pas d'influence de la nourriture). 3. Ne pas écraser, croquer ou diviser le contenu de la caps.	7-9h (CAVE: deux pics plasmatiques)	Commencer à 10mg et titrer (60mg max) (BD 100mg) mais non validé par SwissMedic	Non	6-18 ans
Mediker MR®	Méthylphénidate	Caps. 5, 10, 20, 30 et 40mg	1. Absorption accélérée à jeun (effet retard pas garanti); prendre après le petit-déjeuner afin de garantir une longue durée d'action. 2. Possible: croquer la caps. et de séparer le contenu sur une petite quantité de compote de pommes ou de yaourt; après la prise du contenu de la caps. le patient doit boire un liquide. 3. Ne pas croquer le contenu des caps.	7-9h (CAVE: deux pics plasmatiques) Possibilité d'une dose additionnelle de méthylphénidate, sous une forme à libération rapide, dans l'après-midi (avant 19h)	Commencer à 5-10mg/j puis titrer à un maximum de 60mg/j (eventuellement 100mg/j) mais non validé par SwissMedic	Non	6-65 ans
Egazyne XR®	Méthylphénidate	Caps. 10, 20, et 30mg	1. Doit être administré le matin avant le petit-déjeuner (absorption ralentie avec un repas riche en gras). 2. Ne pas croquer/incluser le contenu. 3. Caps. peut être ouverte et contenu mélangé dans un peu de compote de pommes ou de bouillie (sauf si on les croque).	6-8h (CAVE: 2 ^e pic plasmatique au bout de 3h; nécessité d'une couverture en fin de journée)	Commencer à 10mg/j puis titrer à un max de 60mg/j (BD 100mg) mais non validé par SwissMedic	Non	6-18 ans
Concerta®/Méthylphénidate Sandoz®	Méthylphénidate	Comp. 18, 27, 36 et 54mg	1. Doit être pris entier; ne pas croquer, écraser, ou couper en morceaux. 2. Comprimés insolubles éliminés dans les selles (semblable à un cône). 3. Pas d'influence de la nourriture.	10-12h (mais souvent plus court); 6-8h pic plasmatique au bout de 3h; nécessité d'une couverture en fin de journée	Commencer à 18mg/j puis titrer à un max 54mg/j chez l'enfant et 72mg/j chez l'adulte	Non	6-65 ans
Méthylphénidate Mepha Deslabs®	Méthylphénidate	Comp. 18, 27, 36 et 54mg	1. Ne doit être ni croqué, ni écrasé, ni coupé en morceaux. 2. Les Depotabs 36 mg et 54 mg peuvent être écrasés pour ajuster la posologie. 3. Pour être pris avec ou sans nourriture.	10-12h (mais souvent plus court); 6-8h pic plasmatique au bout de 3h; nécessité d'une couverture en fin de journée	Commencer à 18mg/j puis titrer à un max 54mg/j chez l'enfant et 72mg/j chez l'adulte	Non	6-65 ans
Focalin XR®	Dexaméthylphénidate	Caps. 5, 10, 15 et 20mg	1. Pour être pris avec ou en dehors des repas. 2. Caps. peut être ouverte pour déposer le produit sur un peu de nourriture molle (ex. compote de pommes). L'aliment ne doit pas être chaud. 3. Ne pas écraser, mâcher, casser le contenu des caps.	10-12h (CAVE: deux pics de concentrations séparés d'environ 4h; 2 ^e pic souvent perçu comme non suffisant; nécessité d'un complément au bout de 4h)	Commencer à 5-10mg/j puis titrer à un max de 20mg/j (40mg/j) souvent nécessaire mais pas validé par SwissMedic	Non	6-65 ans
Non-psychostimulant: inhibiteur de la recapture de noradrénaline							
Strattera®	Atomoxétine	Caps. 10, 18, 25, 40, 60, 80 et 100mg Sol. buv. 4mg/ml	1. Doit être pris entier pour garder l'effet prolongé. 2. Pas de modification par la nourriture.	Jusqu'à 24h (grande variabilité de réponse et deux prises sont parfois nécessaires)	Enfants: commencer à 0.5mg/kg pH 14; puis titrer par intervalles de 14 à un max de 1.2-1.5mg/kg. Adultes: commencer à 40mg/j (pH 7) (selon dosage plus faible nécessaire) puis titrer par intervalles de 7 à un max de 80-150mg/j	Avec substances métabolisées par les CYP2D6 (ex: fluoxétine)	6-50 ans; Uniquement si les stimulants ne sont pas possibles en raison de maladies psychiatriques ou de syncrismes, ou si réponse insuffisante au méthylphénidate (médicament de seconde intention)
Intuniv XR®	Guanfacine	Comp. 1, 2, 3 et 4mg	1. Ne doit pas être écrasé, croqué ou fractionné. 2. Ne doit pas être pris avec des repas à haute teneur en graisses. 3. Ne doit pas être pris avec du jus de pamplemousse ou des préparations à base de pamplemousse	24h (longue demi-vie de la molécule: 18h)	prolongation du QT possible (CAVE: avec autres traitements allongeant le QT)	Avec substances métabolisées par les CYP3A4/5	Avec substances métabolisées par les CYP3A4/5

MA 2013

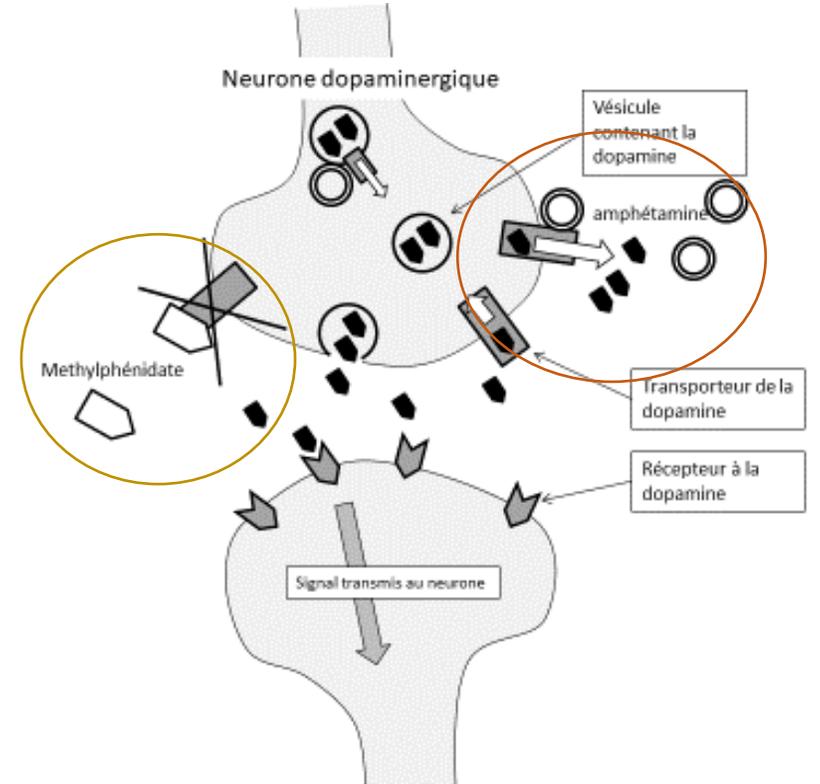
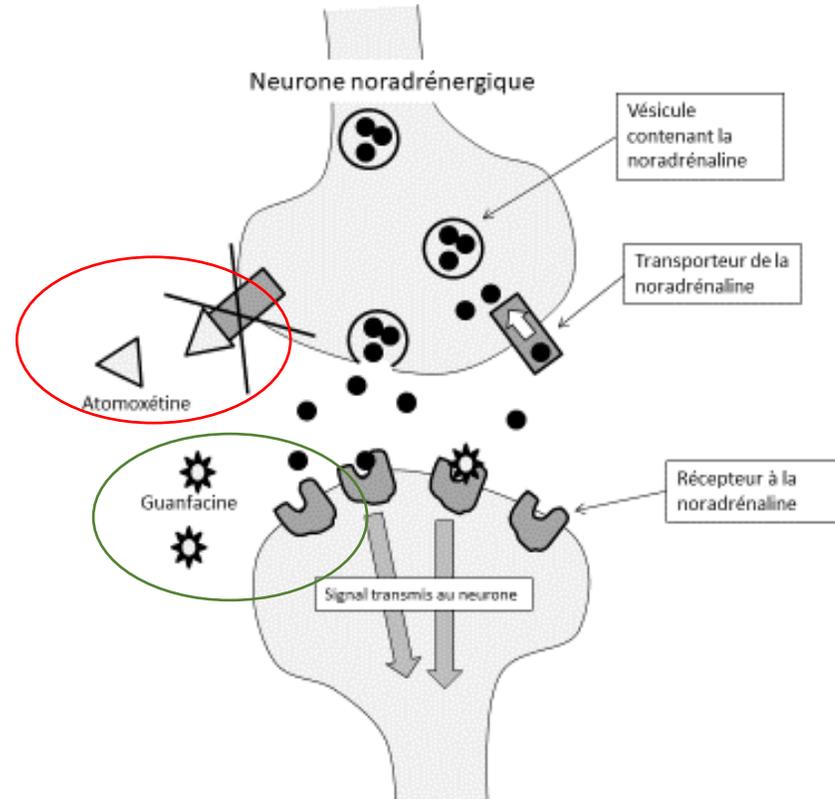
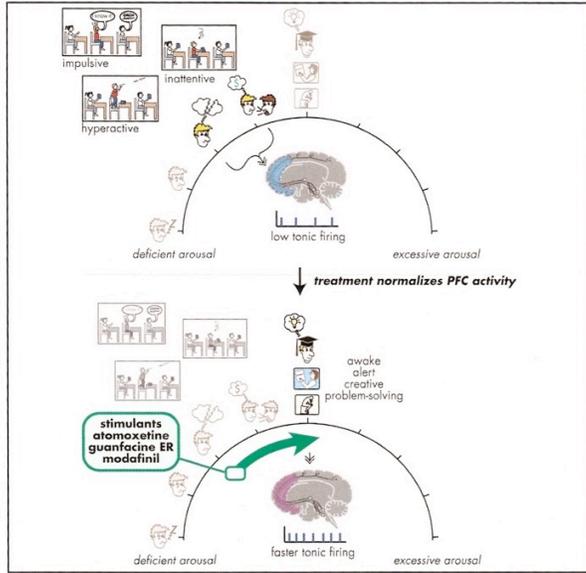
- **Méthylphénidate**
- **Si pas réponse à 6 sem.: switcher pour lisdexamphétamine/dexamphétamine (qu'en 2ème intention en Suisse)**
- **Atomoxetine** chez les patients qui ne tolèrent pas les psychostimulants ou après 6 sem. de non-réponse
- Les recommandations internationales proposent l'atomoxetine comme traitement préférentiel en présence d'un trouble comorbide lié à l'utilisation de substance)
- **Autres options:** guanfacine, clonidine, bupropion, modafinil et autres...

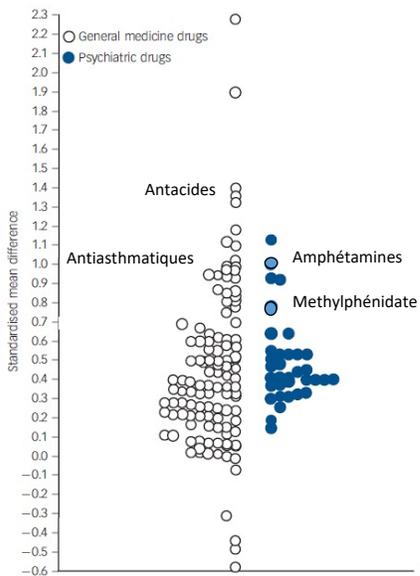
...autres options: bupropion, modafinil et autres...

- **Autres options:** guanfacine, clonidine,

(présence d'un trouble comorbide lié à l'utilisation de substance)

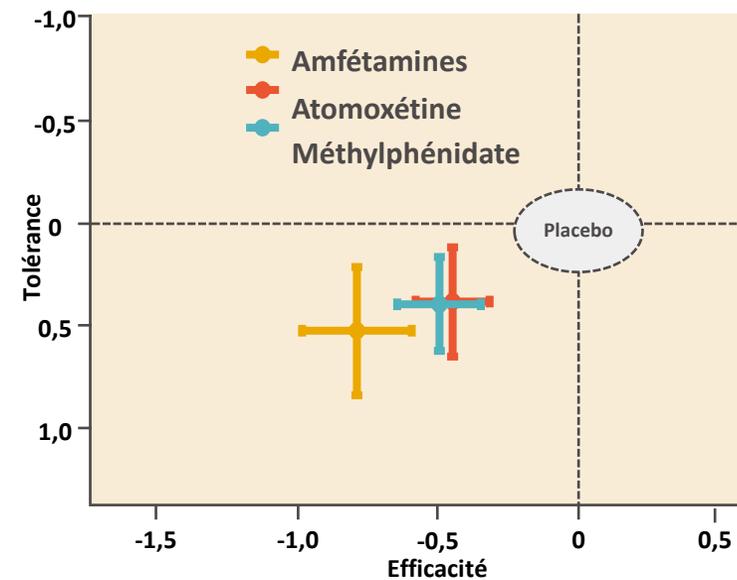
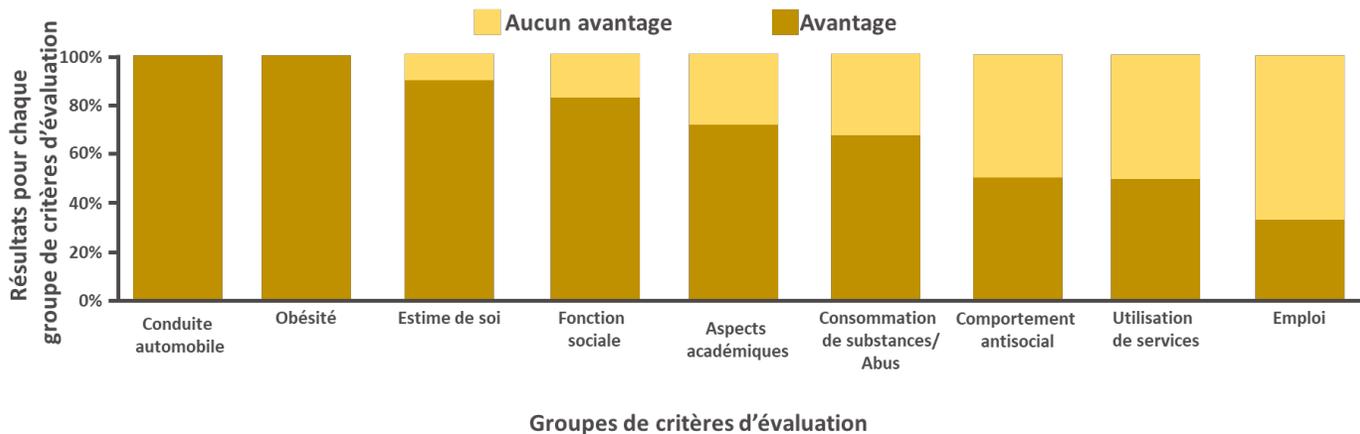
en présence d'un trouble comorbide lié à l'utilisation de substance)





PBO	0.59 (0.46-0.75)	0.78 (0.52-1.18)	0.85 (0.68-1.07)	0.40 (0.20-0.78)	0.79 (0.54-1.14)	0.67 (0.37-1.24)	1.54 (0.39-6.76)
5.26 (4.09-6.82)	MPH	1.33 (0.85-2.08)	1.45 (1.09-1.91)	0.68 (0.33-1.35)	1.34 (0.86-2.07)	1.14 (0.61-2.19)	2.60 (0.66-11.64)
7.45 (5.10-11.09)	1.42 (0.92-2.20)	AMPH	1.09 (0.71-1.66)	0.51 (0.23-1.11)	1.01 (0.58-1.72)	0.86 (0.42-1.79)	1.96 (0.47-9.21)
3.63 (2.81-4.73)	0.69 (0.52-0.92)	0.49 (0.32-0.74)	ATX	0.47 (0.22-0.94)	0.92 (0.61-1.41)	0.79 (0.42-1.52)	1.80 (0.45-8.03)
3.96 (1.89-8.41)	0.75 (0.36-1.58)	0.53 (0.23-1.22)	1.09 (0.50-2.39)	CLON	1.99 (0.91-4.33)	1.69 (0.70-4.33)	3.88 (0.82-20.04)
3.29 (2.27-4.82)	0.62 (0.40-0.98)	0.44 (0.26-0.75)	0.91 (0.58-1.41)	0.83 (0.36-1.92)	GUAN	0.86 (0.42-1.76)	1.95 (0.47-8.84)
5.51 (3.04-10.32)	1.05 (0.56-2.00)	0.74 (0.36-1.54)	1.52 (0.79-2.94)	1.41 (0.53-3.66)	1.68 (0.82-3.45)	MODAF	2.28 (0.52-11.33)
2.41 (0.48-11.63)	0.46 (0.09-2.21)	0.32 (0.06-1.65)	0.67 (0.13-3.29)	0.61 (0.10-3.36)	0.74 (0.14-3.72)	0.44 (0.08-2.36)	BUP

Avantage du traitement par groupe de critères d'évaluation, par rapport au TDAH non traité



Adapté de Shaw M et al., 2012

THE
AMERICAN
JOURNAL OF PSYCHIATRY

UNDER THE AUSPICES OF
THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

EDITOR EMERITUS
G. Alder Wiener, M.D.

EDITOR
CLARENCE E. FARRAR, M.D.,
7 Surrey Place, Toronto, Ont.

ASSOCIATE EDITORS

Charles Marler Campbell, M.D.	Clarence G. Clancy, M.D.
William Eustis Dunton, Jr., M.D.	Berry Slack Sullivan, M.D.
Karl H. Bowman, M.D.	Alvin T. Mathen, M.D.
Fredkin G. Elough, M.D.	Arno J. Essner, M.D.
Theophile Raphael, M.D.	Walter L. Treadway, M.D.
Stanley Cobb, M.D.	Samuel W. Sandison, M.D.

FOREIGN EDITORS
1944-1951

Joseph Sigman, M.D.	T. Stanley Deck, M.D.	John P. Gray, M.D.
G. Alder Wiener, M.D.	Edward Searcy, M.D.	Harry H. Ross, M.D.
	Edward H. Saxe, M.D.	

VOLUME 94

"The core of the human mind is the most subtle subject of medicine."—Galenus

BALTIMORE
1937-1938

THE BEHAVIOR OF CHILDREN RECEIVING
BENZEDRINE.*

By CHARLES BRADLEY, M. D., EAST PROVIDENCE, R. I.

Un vieux médicament?

"Quinze des 30 enfants ont répondu à la benzédrine en étant nettement moins ému dans leur réponse émotionnelle. Cliniquement, dans tous les cas, il s'agissait d'une amélioration du point de vue social. Dans beaucoup de cas, il s'est accompagné d'un sentiment de bien-être. A première vue, il s'agissait d'enfants dont les sauts d'humeur avaient diminués. Dans ce groupe, certains enfants avaient exprimé leur irritation lors de leurs activités de groupe par un comportement de dominateur bruyant et agressif. Ces enfants sous l'influence du médicament étaient plus calmes et plus faciles à vivre. De plus, ils semblaient plus intéressés par leur environnement. Le changement de comportement le plus frappant au cours de la semaine de traitement à la benzédrine a probablement eu lieu pendant l'activité scolaire.

Quatorze enfants ont répondu. Les enseignants rapportent que ces élèves ont montré un intérêt croissant pour l'école et les disciplines scolaires. Il semble que les élèves ont montré une volonté manifeste d'en faire plus pendant la période scolaire et souvent désiraient passer plus de temps à effectuer un travail supplémentaire"

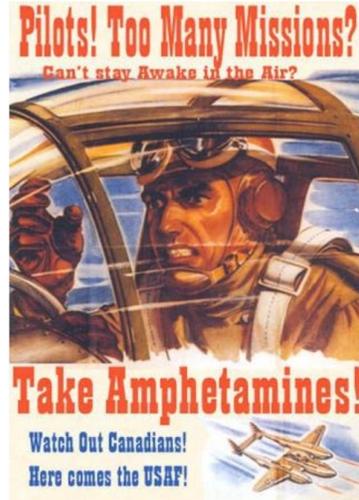
Un traitement si récent que ça?

Les soldats de la Wehrmacht se défoulaient à la crystal met

IIIe Reich L'armée de Hitler a vite compris l'avantage à retirer de la pervitine pour garder les troupes éveillées plusieurs jours d'affilée. Mais la drogue a aussi eu des effets pervers sur la chaîne de décision.

Guillaume Heucher

France, mai 1940. La Wehrmacht enfonce les lignes alliées. Les divisions françaises et anglaises sont comme des caniches, abîmées par la violence fulgurante à laquelle se déplacent les unités allemandes. C'est la Blitzkrieg. «Hélas pas, français», lance le général Guderian à ses chars. Il doit prendre Sedan et franchir la Meuse au plus vite. Il est prêt à payer de son sang les soldats pendant trois jours et trois nuits. Et il peut le faire grâce aux pilules de pervitine, une substance dérivée de la méthamphétamine que connaissent officiers, fantassins et pilotes. C'est une armée sous cristal synthétique qui se lance à la conquête de l'Europe, selon le journaliste Norman Ober qui vient de publier une longue enquête, fruit de cinq ans de recherches dans les archives de Washington et de Berlin. «Le national-socialisme fit un pas de plus, se souvient Guderian. Et a lancé un long sursis, un sursis qui nous affecte encore aujourd'hui et qui n'est pas prêt de disparaître», écrit-il au sujet de l'introduction et



Leandro Panizzon (*1907 à Milan, Italie ; † 2003) était un chimiste italien, employé de l'entreprise pharmaceutique suisse Ciba à Bâle. En **1944**, il découvrit le méthylphénidate, Panizzon a testé le nouveau principe actif sur lui-même. Celui-ci n'ayant pas eu d'effet particulier sur lui-même, il décida de le tester sur sa femme, Marguerite Panizzon, qui souffrait d'hypotension. Panizzon a eu l'intuition que le composé nouvellement découvert pourrait avoir des effets positifs sur sa femme. Après avoir joué au tennis, Marguerite a fait état d'une nette amélioration de ses performances, qui semblait être liée à la prise de méthylphénidate. Par la suite, Leandro Panizzon baptisa la nouvelle substance active du nom de "Ritalin", en référence au petit nom de sa femme, « Rita. »



Traiter les enfants ça rend dépendant?



NIH Public Access

Author Manuscript

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2014 March 01.

Published in final edited form as:

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013 March ; 52(3): 250–263. doi:10.1016/j.jaac.2012.12.014.

NIH-PA Author Manuscript

Adolescent Substance Use in the Multimodal Treatment Study of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) (MTA) as a Function of Childhood ADHD, Random Assignment to Childhood Treatments, and Subsequent Medication

Brooke S.G. Molina, Ph.D., Stephen P. Hinshaw, Ph.D., L. Eugene Arnold, M.D., James M. Swanson, Ph.D., William E. Pelham, Ph.D., Lily Hechtman, M.D., Betsy Hoza, Ph.D., Jeffery N. Epstein, Ph.D., Timothy Wigal, Ph.D., Howard B. Abikoff, Ph.D., Laurence L. Greenhill, M.D., Peter S. Jensen, M.D., Karen C. Wells, Ph.D., Benedetto Vitiello, M.D., Robert D. Gibbons, Ph.D., Andrea Howard, Ph.D., Patricia R. Houck, M.S.H., Kwan Hur, Ph.D., Bo Lu, Ph.D., and Sue Marcus, Ph.D. on behalf of the MTA Cooperative Group

Ni les médicaments lors du suivi (principalement des stimulants) ni le traitement cumulatif par stimulants n'étaient associés à la consommation de substances/SUD chez les adolescents. La consommation de substances à tous les moments, y compris la consommation de deux substances ou plus (...), était plus élevée dans les échantillons de TDAH que dans les échantillons non-TDAH, quel que soit le sexe.

Les médicaments pour le TDAH ne protègent pas ni ne contribuent au risque visible de consommation de substances (...) à l'adolescence

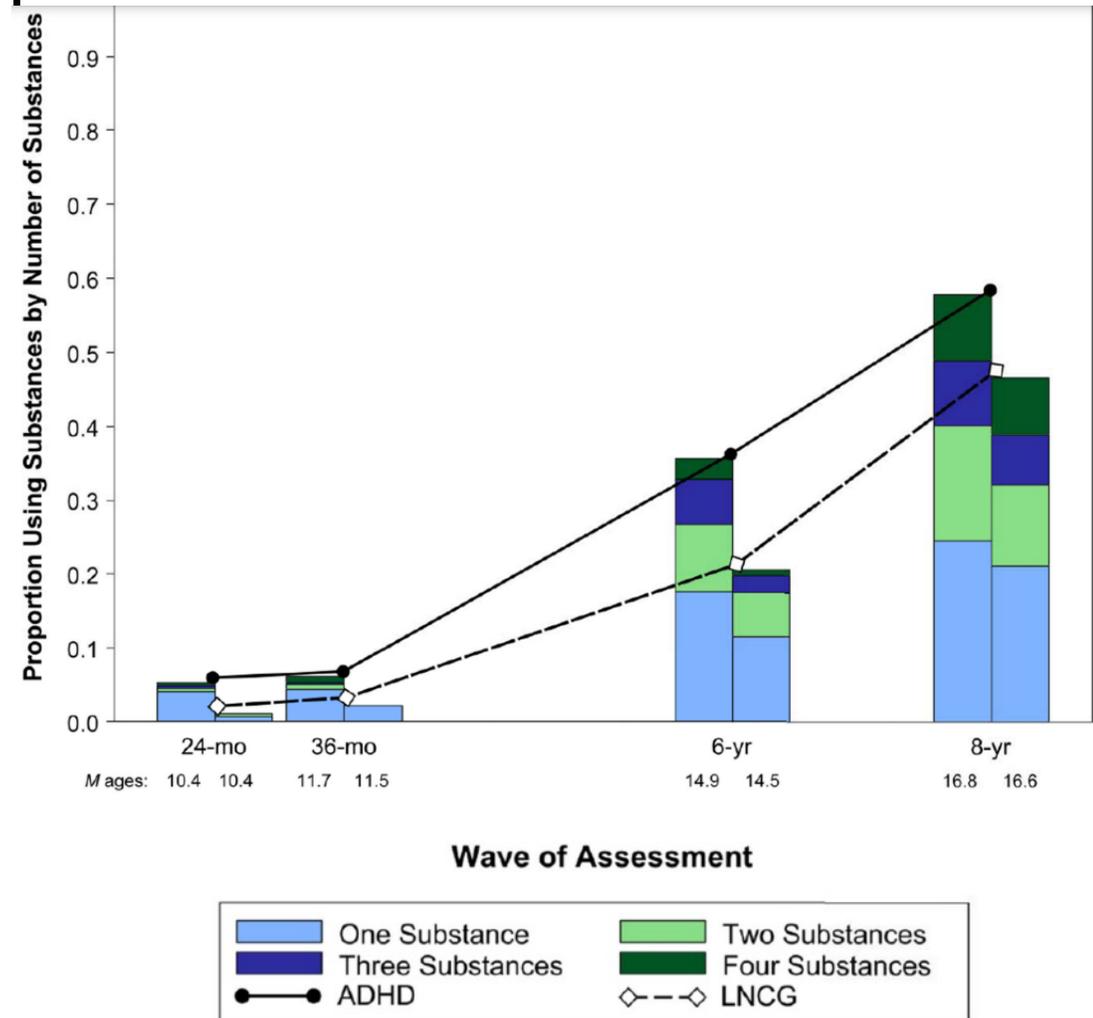
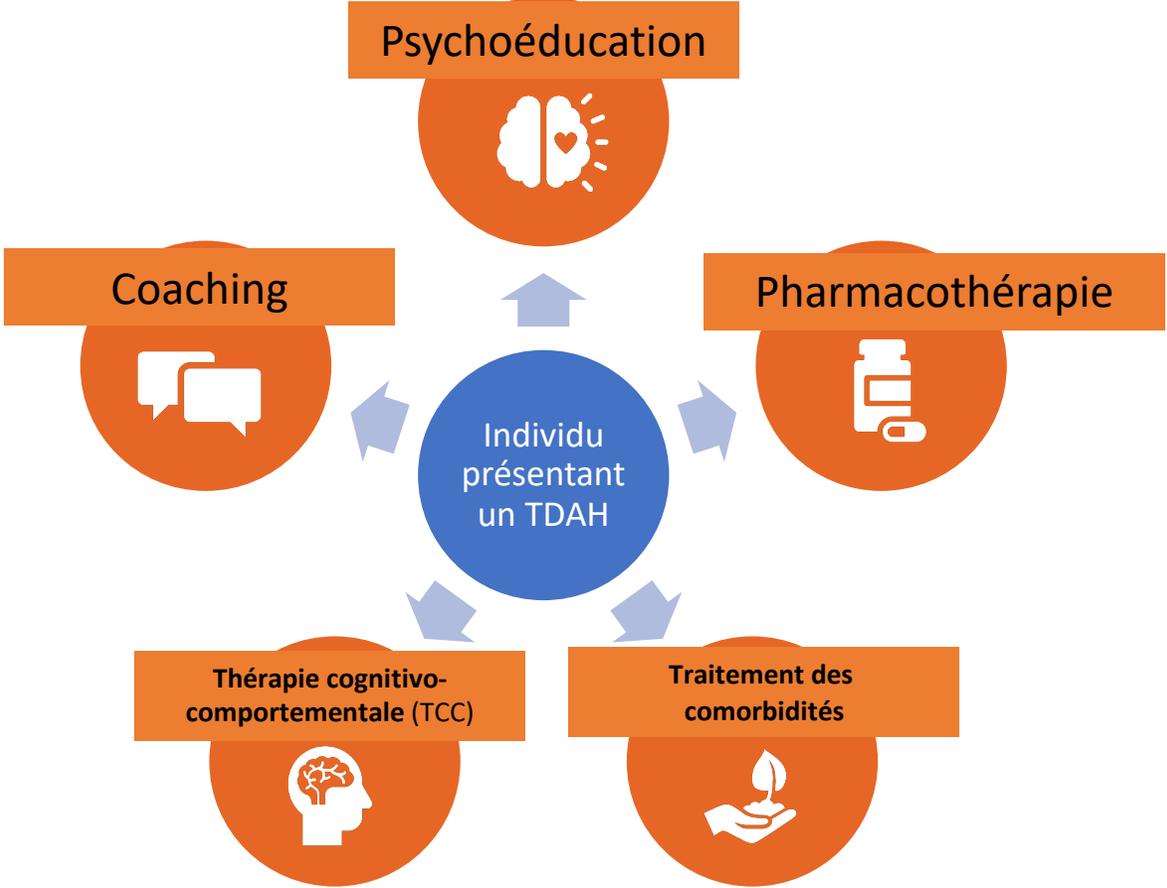


Figure 1. Proportion of Participants Using Substances (by Number of Substances) from the 24-month through 8-year Follow-up Assessments. ADHD = Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; LNCG = Local Normative Comparison Group.

Approche multimodale et multidisciplinaire



Original article

Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD

J.J.S. Kooij^{a,b,*}, D. Bijnenga^a, L. Salerno⁹, R. Jaeschke¹, I. Bitter¹, J. Balázs^c, J. Thome³, G. Dom⁴, S. Kasper⁴, C. Nunes Filipe⁷, S. Stes⁵, P. Mohr¹⁰, S. Leppämäki^f, M. Casas⁸, J. Bobes⁶, J.M. McCarthy^h, V. Richarte³, A. Kjemis Philipsen³, A. Pehlivanidis⁸, A. Niemela^k, B. Styr^l, B. Semerci¹⁰, B. Bolea-Alamanac^m, D. Edvinssonⁿ, D. Baeyens^o, D. Wynchank², E. Sobanski¹, A. Philipsen^p, F. McNicholas⁴, H. Caci^m, I. Mihailescu⁴, I. Manor³, I. Dobrescu^r, T. Saito¹¹, J. Krause³, J. Fayyad^s, J.A. Ramos-Quirogaⁿ, K. Foeken^t, F. Rad^u, M. Adamou^v, M. Ohlmeier⁶, M. Fitzgerald^w, M. Gill^q, M. Lensing^u, N. Motavalli Mukaddes^x, P. Brudkiewicz^y, P. Gustafsson¹¹, P. Tani^z, P. Oswald¹², P.J. Carpentier^a, P. De Rossi⁴, R. Delorme^b, S. Markovska Simoska^c, S. Pallanti^d, S. Young^e, S. Bejerot^v, T. Lehtonen^f, J. Kustow^g, U. Müller-Sedgwick^k, T. Hirvikoski^z, V. Pironi², Y. Ginsberg^t, Z. Félégyházy^l, M.P. Garcia-Portilla^r, P. Asherson^p

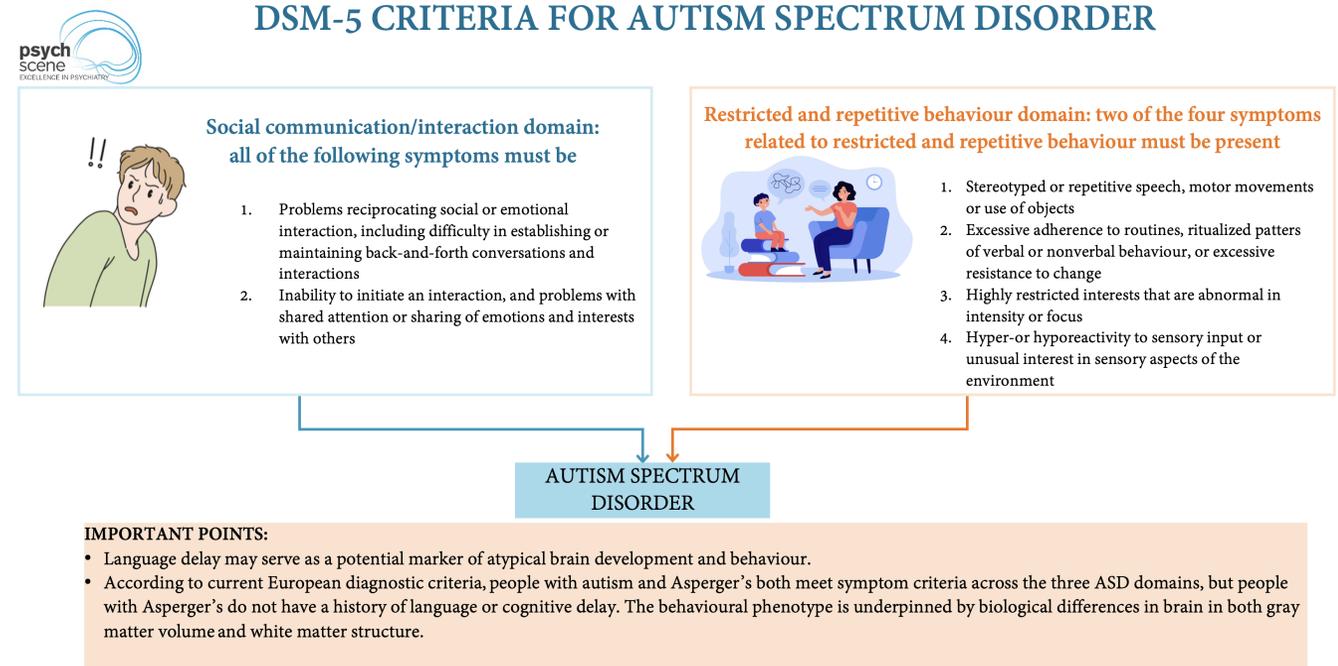


PBO	0.55 (0.32-0.95)	0.33 (0.15-0.70)	0.58 (0.33-0.99)	1.32 (0.71-2.52)	0.59 (0.31-1.14)	0.67 (0.54-0.83)	0.81 (0.67-0.97)	0.99 (0.44-2.28)	1.25 (0.43-3.63)	0.73 (0.42-1.29)	0.37 (0.21-0.67)	1.00 (0.37-2.84)	0.47 (0.27-0.81)
1.99 (0.98-4.15)	CONT	0.61 (0.29-1.22)	1.05 (0.64-1.71)	2.40 (1.24-4.71)	1.08 (0.51-2.26)	1.22 (0.71-2.07)	1.47 (0.85-2.53)	1.80 (0.69-4.76)	2.28 (0.69-7.46)	1.33 (0.61-2.88)	0.69 (0.37-1.25)	1.83 (0.66-5.11)	0.86 (0.40-1.80)
0.57 (0.20-1.62)	0.29 (0.11-0.72)	WL	1.73 (0.97-3.19)	4.00 (1.76-9.07)	1.78 (0.73-4.43)	2.01 (0.96-4.32)	2.44 (1.14-5.28)	3.00 (0.99-9.31)	3.76 (1.04-14.14)	2.19 (0.87-5.72)	1.13 (0.55-2.39)	3.04 (1.02-9.23)	1.42 (0.57-3.54)
2.97 (1.53-5.88)	1.49 (0.86-2.56)	5.24 (2.35-12.07)	BEHAV	2.29 (1.15-4.62)	1.03 (0.48-2.20)	1.16 (0.68-1.96)	1.40 (0.80-2.42)	1.73 (0.66-4.62)	2.17 (0.66-7.10)	1.27 (0.59-2.76)	0.65 (0.40-1.04)	1.75 (0.68-4.47)	0.81 (0.38-1.72)
0.70 (0.12-3.87)	0.35 (0.05-2.21)	1.23 (0.16-8.99)	0.23 (0.04-1.46)	COG	0.45 (0.21-0.95)	0.51 (0.26-0.95)	0.61 (0.32-1.15)	0.75 (0.27-2.11)	0.95 (0.27-3.22)	0.55 (0.24-1.28)	0.28 (0.13-0.60)	0.76 (0.25-2.35)	0.36 (0.15-0.80)
1.96 (0.52-8.26)	0.99 (0.22-4.83)	3.45 (0.66-20.34)	0.66 (0.15-3.17)	2.85 (0.71-11.97)	NF	1.13 (0.59-2.13)	1.37 (0.70-2.63)	1.68 (0.59-4.79)	2.11 (0.61-7.13)	1.23 (0.53-2.90)	0.63 (0.28-1.41)	1.70 (0.53-5.50)	0.79 (0.34-1.82)
6.21 (4.89-7.96)	3.12 (1.54-6.28)	10.94 (3.96-31.49)	2.09 (1.10-3.99)	8.89 (1.59-50.19)	3.16 (0.76-12.05)	STI	1.21 (0.96-1.52)	1.49 (0.65-3.44)	1.87 (0.64-5.39)	1.09 (0.61-1.99)	0.56 (0.32-0.98)	1.51 (0.55-4.23)	0.70 (0.41-1.19)
3.95 (3.13-5.07)	1.99 (0.97-4.05)	6.95 (2.49-20.34)	1.33 (0.68-2.62)	5.68 (1.00-32.28)	2.02 (0.48-7.81)	0.64 (0.49-0.84)	N-STI	1.23 (0.54-2.86)	1.55 (0.53-4.52)	0.90 (0.51-1.64)	0.46 (0.26-0.83)	1.24 (0.45-3.50)	0.58 (0.33-1.01)
8.52 (3.95-18.96)	4.29 (1.51-12.16)	15.07 (4.19-55.40)	2.88 (1.06-8.00)	12.33 (1.85-82.43)	4.33 (0.87-20.33)	1.37 (0.64-3.01)	2.16 (0.97-4.86)	AD	1.25 (0.33-4.80)	0.73 (0.27-1.97)	0.38 (0.14-1.00)	1.01 (0.28-3.71)	0.47 (0.18-1.23)
1.36 (0.34-5.38)	0.68 (0.15-3.14)	2.40 (0.44-13.25)	0.46 (0.10-2.07)	1.95 (0.22-17.03)	0.69 (0.10-4.59)	0.22 (0.05-0.85)	0.34 (0.09-1.37)	0.16 (0.03-0.77)	A-PSY	0.58 (0.17-1.95)	0.30 (0.09-0.98)	0.80 (0.18-3.50)	0.37 (0.11-1.23)
2.80 (2.04-7.14)	1.90 (0.74-4.86)	6.72 (2.02-22.91)	1.28 (0.52-3.19)	5.48 (0.88-34.01)	1.94 (0.41-8.52)	0.61 (0.32-1.18)	0.96 (0.50-1.85)	0.44 (0.16-1.20)	2.81 (0.62-12.57)	O-DRU	0.51 (0.23-1.13)	1.37 (0.43-4.38)	0.64 (0.29-1.40)
13.62 (6.83-27.93)	6.83 (3.30-14.40)	23.96 (8.83-68.98)	4.58 (2.49-8.75)	19.76 (3.14-123.90)	6.94 (1.45-30.69)	2.19 (1.14-4.34)	3.44 (1.73-7.05)	1.60 (0.58-4.48)	10.03 (2.25-46.71)	3.59 (1.44-9.17)	STI+BEHAV	2.68 (0.96-7.63)	1.25 (0.57-2.68)
6.05 (2.39-15.27)	3.03 (1.21-7.53)	10.71 (3.53-32.77)	2.04 (0.95-4.38)	8.70 (1.26-59.30)	3.07 (0.57-15.26)	0.97 (0.39-2.43)	1.53 (0.61-3.83)	0.71 (0.21-2.31)	4.45 (0.86-22.94)	1.60 (0.52-4.74)	0.44 (0.17-1.13)	N-STI+BEHAV	0.47 (0.15-1.45)
15.18 (7.50-31.46)	7.62 (2.88-20.25)	26.72 (7.96-93.71)	5.09 (2.01-13.18)	21.85 (3.47-140.0)	7.76 (1.60-34.62)	2.45 (1.24-4.87)	3.84 (1.88-7.93)	1.78 (0.64-4.93)	11.18 (2.47-51.76)	3.99 (1.58-10.16)	1.11 (0.43-2.88)	2.50 (0.82-7.86)	STI+N-STI

Fig 5. Network meta-analyses for efficacy and acceptability of classes of pharmacological and psychological interventions. Data in blue represents efficacy (treatment response). Data in red represents acceptability (all-cause discontinuation). Results are the ORs in the column-defining treatment compared with the ORs in the row-defining treatment. For efficacy (acceptability), ORs higher than 1 favour the row-defining treatment. For acceptability, ORs lower than 1 favour the row-defining treatment. Significant results are in bold and underscored. PBO = placebo. CONT = control. WL = waiting list. BEHAV = behavioural therapy. COGN = cognitive training. NF = neurofeedback. STI = stimulants. N-STI = non-stimulants. AD = antidepressants. A-PSY = antipsychotics. O-DRU = other unlicensed drugs. STI+BEHAV = stimulants+behavioural therapy. N-STI+BEHAV = non-stimulants+behavioural therapy. STI+N-STI = stimulants+non-stimulants. OR = Odds ratio. CI = credibility interval.

Les critères DSM-5 du TSA

- A. Persistance des difficultés dans la communication et l'interaction sociales dans des contextes multiples, se manifestant ou s'étant manifestés comme suit :
 - 1. Déficits dans la réciprocité socio-émotionnelle ;
 - 2. Déficits dans les comportements de communication non-verbale, utilisés pour les interactions sociales ;
 - 3. Déficits dans le développement, le maintien et la compréhension des relations.
- B. Répertoire de comportements, d'intérêts ou d'activités restreint et répétitif, tel qu'ils se sont manifestés ou se manifestent via au moins deux de ces critères :
 - 1. Mouvements moteurs, utilisation d'objets ou vocalisation stéréotypés ou répétitifs,
 - 2. Insistance sur la similitude, adhérence inflexible à la routine ou schémas ritualisés de comportements verbaux ou non-verbaux ;
 - 3. Intérêts très restreints et figés avec un degré anormal d'intensité et de focalisation ;
 - 4. Réaction inhabituelle aux stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.
- C. Les symptômes doivent être présents dès la période précoce de développement (mais peuvent ne se manifester pleinement que lorsque les capacités limitées ne permettront plus de répondre aux exigences sociales, ou être masquées, plus tard, par des stratégies apprises).
- D. Les symptômes entraînent des déficits importants au point de vue clinique dans le domaine social, professionnel ou encore dans d'autres domaines de fonctionnement.
- E. Le handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard général du développement ne justifient pas mieux ces troubles.



Les difficultés d'attention dans l'autisme

Types Of Attention

- 
Sustained Attention
 Allows a person to focus on a subject matter for a long, continuous and uninterrupted period of time.
- 
Selective Attention
 It allows to be selectively attentive to a certain stimulus. At the same time, ignores all other things that might be a distraction.
- 
Alternating Attention
 Allows one to switch awareness and focus from one task to another, based on the importance.
- 
Focused Attention
 Takes place during emergency situations and random outbreaks, when utmost awareness and focus is required in a quick span of time.
- 
Divided or Limited Attention
 Similar to selective attention except cognitive resource is divided among different tasks, resulting in multi-tasking.

MIND HELP MIND JOURNAL

Aspect	ADHD	ASD
Core Symptoms	Inattention, hyperactivity, impulsivity	Social communication challenges, repetitive behaviors, sensory sensitivities
Attention Focus	Difficulty sustaining attention	Mixed attention, often hyper-focus on specific interests
Communication	Typically no significant delay in speech	Varied communication abilities, potential speech delays
Social Interaction	May struggle with impulse control	Difficulties with reciprocity, figurative language
Repetitive Behaviors	Restlessness, impulsiveness	Repetitive movements, adherence to routines
Sensory Sensitivities	Less emphasis on sensory sensitivities	Heightened or reduced sensory sensitivities

Feature	Autism	ADHD
Onset	Early childhood	Early childhood
Impulsivity	Less common	Frequent
Social Interaction	Difficulty with social communication and interaction	Difficulty with social interaction, but not necessarily communication
Attention	Difficulty with sustained attention and focus	Difficulty with sustained attention and focus
Hyperactivity	Variable, may or may not be present	Frequently present

infographie de vulgarisation simplifiée

TDAH

- Impulsivité
- Faible capacité d'attention
- Mémoire de travail insuffisante
- Faible capacité de planification
- Mauvaise notion du temps (en retard etc)
- Dépression en cas de sous-stimulation
- Faible perception du danger
- Erreurs d'inattention
- Absence de motivation pour les tâches qui ne vous intéressent pas

- Problèmes sensoriels
- Hyperfixations
- Stimming
- Trouble du traitement auditif (cacophonie)
- Trop parler
- Difficulté à se faire des amis
- Mal à l'aise pour établir un contact visuel
- Dérèglement des émotions (très fluctuantes)
- Couper la parole
- Sensibilité au rejet
- Intérêts
- Difficultés proprioceptives
- Problèmes avec les notions abstraites
- Dysfonction exécutive
- Troubles du sommeil

TSA

- Prendre les choses très au pied de la lettre
- Avoir la même routine et devenir anxieux si elles changent
- Aimer planifier minutieusement les choses avant qu'elles ne se produisent
- Ne pas comprendre les "règles" sociales
- Remarquer les petits détails que les autres ne remarquent pas
- S'énerver lorsque quelqu'un vous touche
- Être très anxieux dans les situations sociales

Autism



I will cry if anything changes.

ADHD



I will cry if I can't rearrange all of the furniture RIGHT NOW.

Dans la tête d'un.e autiste/tdah lors d'une interaction sociale

L'étiquette de mon pull me démange

coupe la parole

Je n'arrête pas de changer de positions

J'ai envie de toucher les gens

La texture de son pull m'intrigue!!

La dame a un truc dans les dents ça me déconcentre

Impatient.e
Trépigne

Je n'arrive pas à tenir en place

Il y a trop de stimuli visuels je ne sais pas où regarder

Je n'arrive pas à suivre, tout le monde parle en même temps

Oh!un chat qui passe!

Je fais autre chose quand on me parle

Je pense complètement à autre chose

Je suis frustré.e

Je chanterai bien une de mes chansons idiotes!

***se dissocie ***

Je ne supporte pas qu'on me coupe la parole

pense à sa liste de courses



@Reseautisme37

Dans la tête d'un.e autiste /tdah lors d'une interaction sociale

Je ne sais pas si ce que je dis est correct

Je n'arrive pas à saisir le sens de la conversation

Est-ce que je ne paraîs pas trop bizarre?

Je m'ennuie terriblement

Dois-je regarder les gens qui me parlent?

Je ne fais pas la différence entre le bruit et la discussion

Dois-je dire que je suis autiste?

Je ne supporte pas les divers stimuli sensoriels

Je ne sais pas comment me tenir

Pourquoi cette personne me regarde?

J'ai peur de dire une bêtise

Comment dire que je n'ai pas compris?

Comment me comporter?

J'ai envie de toucher cette personne



@Reseautisme37

TDAH: COLLOQUE INTERNATIONAL EN LANGUE FRANÇAISE 2024

Du jeudi 26 au vendredi 27 septembre 2024

Centre International de Conférences - Genève (CICG)

Plus d'informations: ➔ [www.hug.ch/evenement/
8e-colloque-international-langue-francaise-sur-tdah-2024](http://www.hug.ch/evenement/8e-colloque-international-langue-francaise-sur-tdah-2024)

