

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET COMORBIDITÉS DU TDA/H CHEZ LES ENFANTS et LES ADOLESCENTS

Pr. Michel BOTBOL

Professeur émérite de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

(Université de Bretagne Occidentale)

Past-Secrétaire de la WPA pour les Publications Scientifiques (2017-2023)

Président de la WADP (Association Mondiale de Psychiatrie Dynamique)

Psychanalyste de la Société Psychanalytique de Paris (IPA-member)

Contexte

- Le TDAH est l'une des troubles les plus documentés en psychiatrie de l'enfant (cf. consensus international 2022)
- Probablement parce qu'il est à la fois :
 - le plus accessible à un traitement médicamenteux efficace et bien toléré,
 - et le plus susceptible d'être contesté conceptuellement en raison de sa proximité avec des normes éducatives souhaitables et la discipline scolaire (« la pastilla de portarse bien »).
- Cela est illustré par certaines controverses locales, notamment dans le sud de l'Europe (par exemple, Pays Basque espagnol ; France) et dans plusieurs pays d'Amérique Latine .
 - Variabilité du taux de prévalence qui peut être, dans certaines populations, significativement plus bas que celui documenté par le consensus international. (Les pauvres de pays riches et les riches des pays pauvres)
 - Mais une augmentation de 73 % des prescriptions de Méthylphénidate (MPT) en France au cours des 5 dernières années, avec également ici une variabilité du taux de prescription.
- Reconnaissance de plus en plus répandue du TDAH en tant que trouble neurodéveloppemental, même dans les régions où il a été le plus fortement discuté ; dans ces régions, cependant, demeure un intérêt solide pour le diagnostic différentiel : TDAH neurodéveloppemental vs syndrome TDAH-like, symptomatique d'autres pathologies. Mais cette question et ce point de vue sont quasiment du consensus international.
- Néanmoins, plusieurs pays interdisent encore le MPT ou tout type de traitement psychostimulant (i.e. Maroc) ou restreignent les molécules alternatives (Dexméthylphénidate, Atomoxétine) (i.e. France)

1. *Stephen V. Faraone et al* Déclaration de Consensus International de la Fédération Mondiale du TDAH
sfaraone@childpsychresearch.org 2022

Diagnostic différentiel en fonction des formes cliniques

- Le consensus international (2022) et l'APA (DSM5) définissent trois formes de TDAH : principalement inattentif, principalement hyperactif-impulsif et formes mixtes..
- En pratique, le diagnostic différentiel se fait en fonction de ces formes cliniques (Diagnostic différentiel différent)
- D'autant plus que l'écart entre ces formes est encore renforcé par les troubles associés au TDAH, troubles qui diffèrent selon la forme clinique du TDAH (par exemple, troubles de l'apprentissage dans les formes inattentives ou rejet par les pairs et comportements à risque dans les formes hyperactives-impulsives).

Diagnostic différentiel du TDAH/H inattentif

TDAH neurodéveloppemental

VS

- Dépression ou autres troubles affectifs avec manifestations TDAH-like
symptômes de dépression d'infériorité avec inhibition, dysphorie, faible estime de soi et trouble de l'adaptation
- Troubles de l'apprentissage
- TSA modéré
- Troubles post-traumatiques en rapport avec un traumatisme de type I ou II (complexe)
- Familles dysfonctionnelles ou événements négatifs (ACE)

Diagnostic différentiel du TDAH hyperactif-impulsif

TDAH neurodéveloppemental

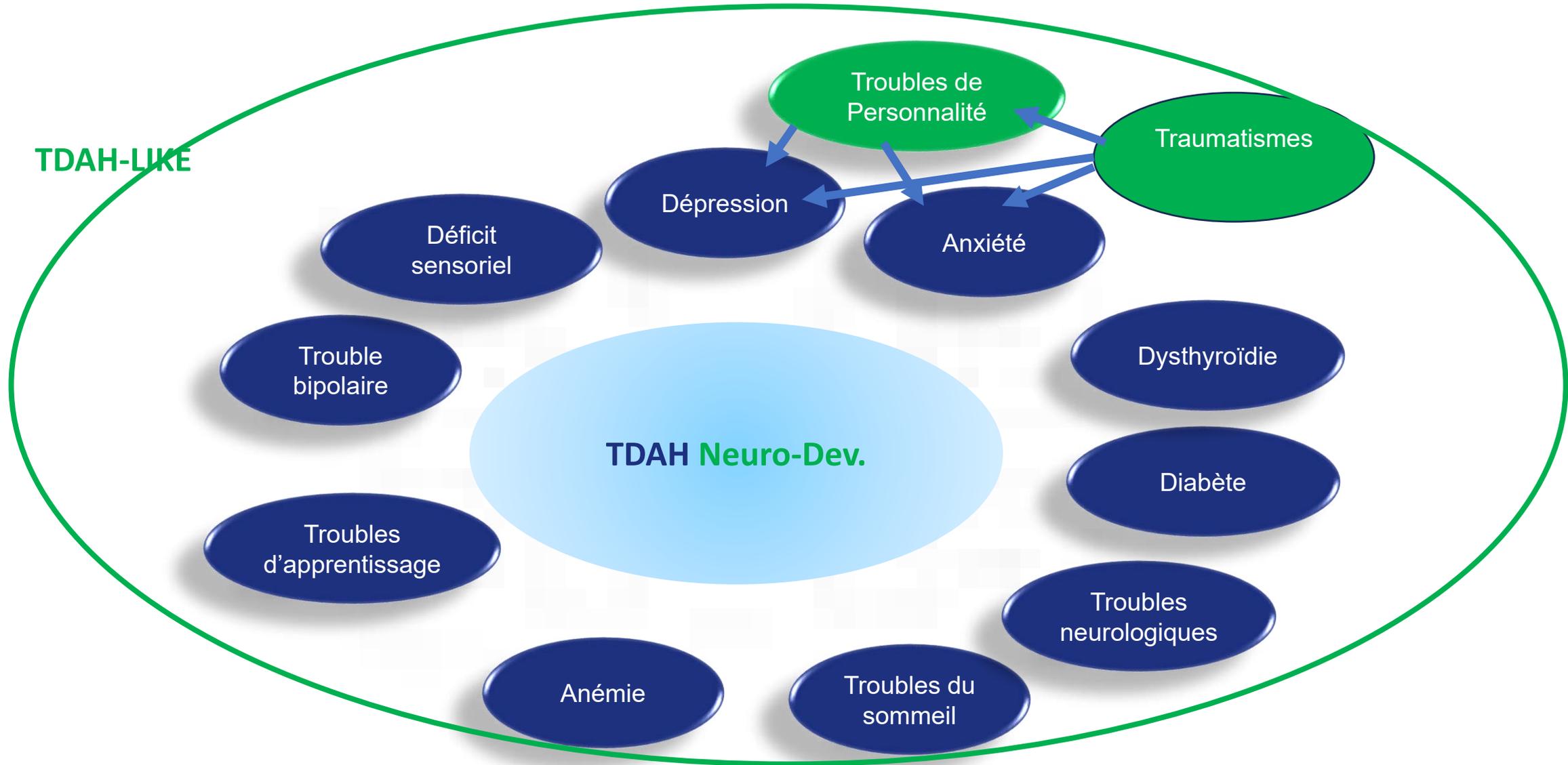
vs

- Dépression où les manifestations TDAH-like sont des symptômes de dépression masquée avec irritabilité, agressivité, rejet par les pairs, comportements à risque, dysrégulation émotionnelle
 - Trouble oppositionnel avec provocation
 - Troubles bipolaires
 - Phobie scolaire et anxiété de séparation
- Impulsivité dans
 - Tous les troubles psychiatriques qui favorisent l'impulsivité, l'agitation et le passage à l'acte
 - Les troubles de la personnalité (en particulier fonctionnements et Etats limites)
 - Troubles post-traumatiques, notamment les traumatismes complexes (CIM 11)
 - Les troubles de l'apprentissage
 - Les Troubles disruptifs
 - TOP
 - Troubles des conduites
 - Troubles de l'adaptation avec ou sans dysrégulation cognitive
 - Dysfonctionnements familiaux
 - Les autre TND
 - Le TSA
 - Les dys

Diagnostics différentiels



Diagnostiques différentiels



Une difficulté nosographique supplémentaire¹ !

Plusieurs de ces diagnostics différentiels peuvent être des troubles comorbides, des facteurs de risque ou des complications du TDAH

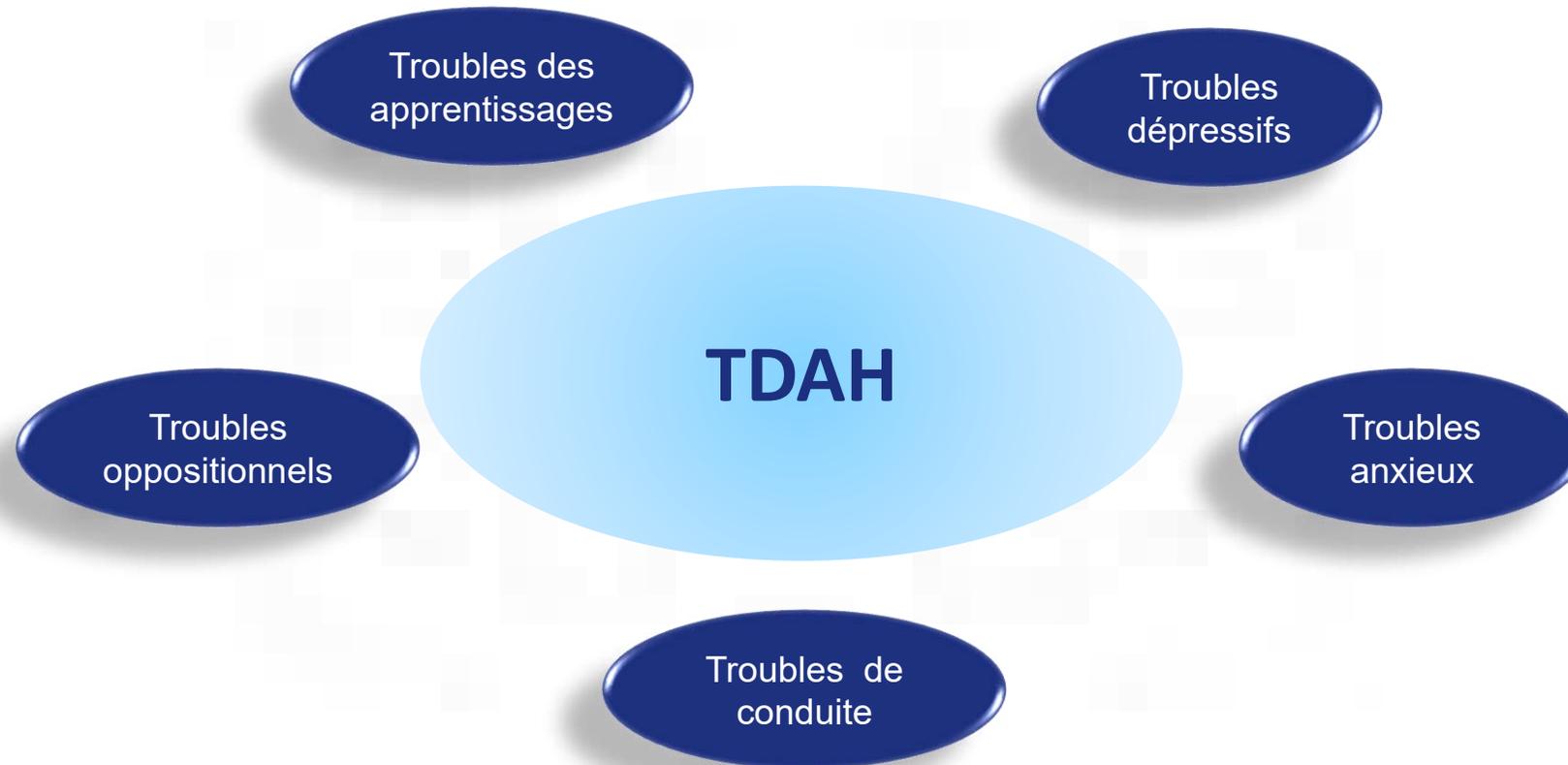
Prévalence des principaux troubles comorbides chez les enfants TDAH²

Troubles comorbides	Prévalence estimée %	Intervalle de confiance
Troubles oppositionnels	35,2	27,2-43,8
Troubles des conduites	25,7	12,8-41,3
Troubles anxieux	25,8	17,6-37,3
Troubles dépressifs	18,2	11,1-26,6

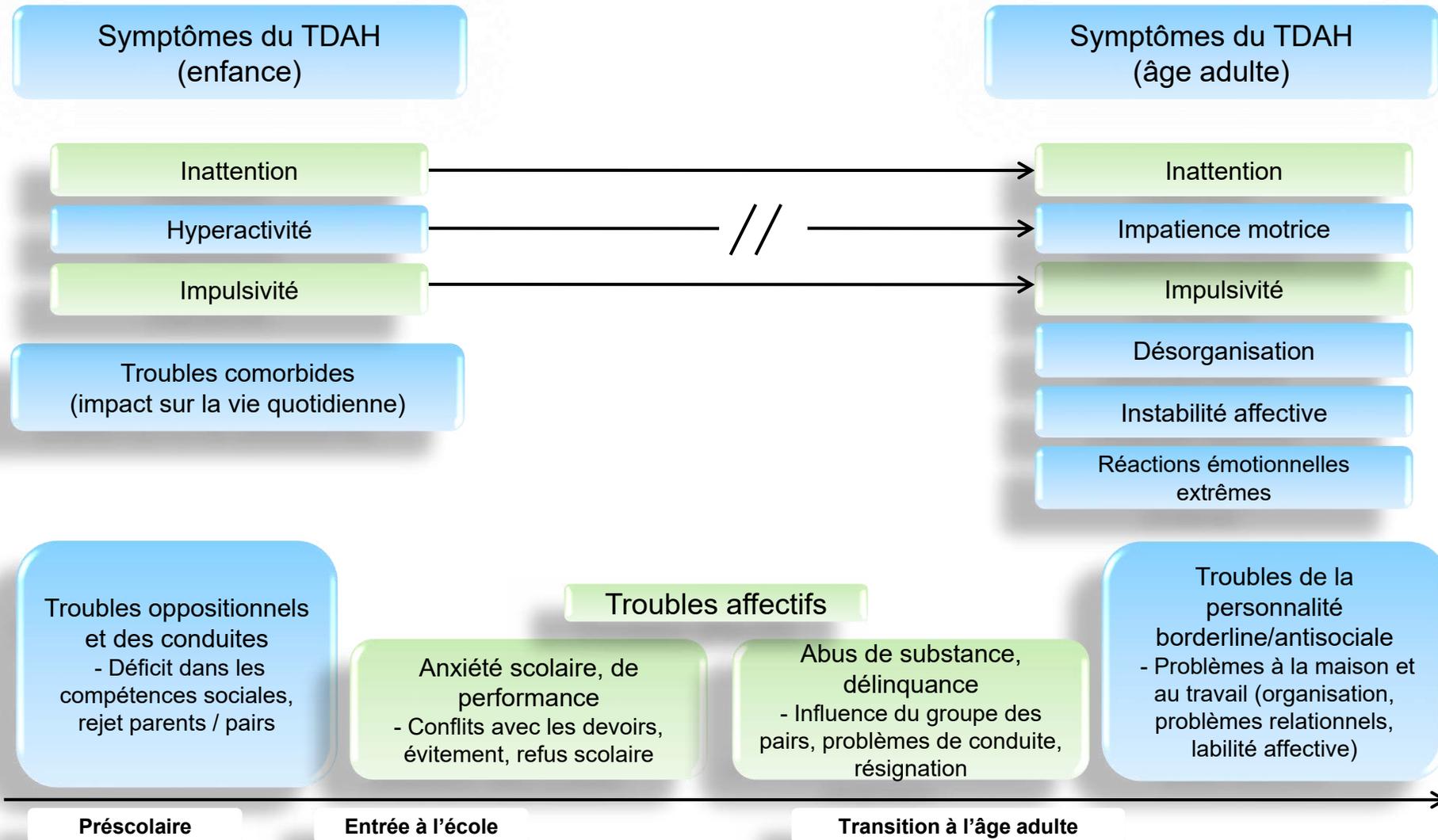
50 à 80 % des enfants souffrant de TDAH présenteraient au moins un trouble psychopathologique associé ⁽³⁾

1. Hidden nosographical constituent of the NDD, **one of its Etiological factor, or of its Clinical complication** cf. *Caron C and Rutter M Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies .Child. Psychol. Psychiatry 1991 Nov;32(7):1063-80.*
2. Martin-Guehl C. Comorbidité avec les troubles du comportement et les troubles émotionnels. In Vantalon V : L'hyperactivité de l'enfant. John Libbey Eurotext 2005.
3. Franc N et al. Trouble déficit d'attention/hyperactivité et comorbidités psychiatriques. In : Revol O et Brun V. Trouble Déficit de l'attention avec ou sans Hyperactivité : de la théorie à la pratique Ed Masson 2010.

Comorbidités



Autre difficulté encore: variation des symptômes au cours du développement



Du point de vue des principes nosographiques, il importe donc de différencier

- Les troubles d'attention et/ou d'hyperactivité qui *ne relèvent pas* d'un TDAH ND et s'inscrivent dans le cadre d'un autre trouble : il s'agit des diagnostics différentiels
- Les troubles, ou symptômes, *associés* à un TDAH ND : il s'agit des comorbidités
- Des troubles ou symptômes qui devraient être inclus dans la *définition* du TDAH ND
- Les troubles ou symptômes qui sont des facteurs étiologiques ou de risque
- Les troubles ou symptômes qui sont des conséquences ou des complications du TDAH ND

Est-ce aussi important du point de vue des pratiques cliniques ?

Etant donné que si beaucoup a été démontré, ce n'est pas le cas de tout de ce qui importe pour les pratiques cliniques

✓ Ce qui a été démontré

- L'existence du TDA/H en tant que l'une des catégories neurodéveloppementale
- Une réalité épidémiologique très probable (malgré les incertitudes nosographiques sur le Diagnostic différentiel)
- Une détermination multifactorielle (malgré les incertitudes sur le statut étiologique de ces déterminants)
- La disponibilité d'un traitement biologique bien toléré et efficace sur les signes de ce trouble et plusieurs de ses troubles associés (même si une grande partie du pronostic du TDAH est liée aux troubles associés plutôt qu'aux symptômes cardinaux du TDAH)

✓ Ce qui reste à démontrer

- L'existence de marqueurs biologiques spécifiques du TDAH ND malgré un grand nombre d'études : en d'autres termes, un moyen objectif de discriminer entre le TDAH neurodéveloppemental et les symptômes TDAH-like
 - La spécificité du traitement biologique pour le TDAH neurodéveloppemental : en d'autres termes, leur possible efficacité sur les symptômes TDAH-like, certains des troubles comorbides, complications et déterminants du TDAH.
- Les raisons des considérables variations de prévalence selon les lieux et les contextes (Pays Basque, UK, Amérique Latine)
 - Maroc?

Le diagnostic différentiel du TDAH est certainement utile, par principe; mais son rôle dans la décision du traitement médicamenteux du TDAH ne doit pas être surestimé.

- Le diagnostic différentiel entre TDA/H neuro développemental et syndromes TDA/H-like serait essentiel si était démontré que traitement médicamenteux du TDAH neurodéveloppemental était spécifique au caractère neurodéveloppemental de cette condition
- A l'inverse, sa pertinence clinique est moins cruciale si le traitement est symptomatique, c'est-à-dire qu'il traite tout autant le TDAH neurodéveloppemental que les symptômes TDA/H-like.
- Dans ce dernier cas, cela signifie que le traitement biologique du TDAH comme les programme éducatifs adjuvants pourrait être indiqués quelle que soit le type de TDA/H dont il s'agit
- Les indications des autres formes de traitement (psychothérapie ou psychopédagogie) dépendent essentiellement des troubles associés quel que soit le statut nosographique du lien de comorbidité avec le TDA/H

Pour conclure

En revenant au préambule

- Plus une question de principe que de pratique
- Et, dès lors, l'importance d'être aussi exigeant sur les pratiques cliniques que l'on contre indique que sur celles que l'on indique
- Notamment s'agissant de trouble qui modifie le fonctionnement de la personnalité et les comportements
- En gardant en tête un éditorial du BJPsy qui illustre bien ce que la pratique peut apporter pour assouplir les représentations :

The idea that psychotherapy is not a biological treatment is a myth

BJPsych

The British Journal of Psychiatry (2016)
208, 309–311. doi: 10.1192/bjp.bp.115.178368

Editorial

Biological v. psychosocial treatments: a myth about pharmacotherapy v. psychotherapy

Aaron Prosser, Bartosz Helfer and Stefan Leucht



Summary

Despite evidence for their comparable efficacy, psychotherapy faces a dramatic decline relative to pharmacotherapy in psychiatry. A deep ideological reason for this decline centres on the belief that psychotherapy is a psychosocial treatment whereas pharmacotherapy is a biological treatment. Modern cognitive neuroscience demonstrates that this distinction is a myth.

Declaration of interest

S.L. has received honoraria for consulting/advisory boards

from Alkermes, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen, Johnson & Johnson, Lundbeck, Medavante and Roche; lecture honoraria from AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Essex Pharma, Janssen, Johnson & Johnson, Lundbeck, Pfizer and Sanofi-Aventis; and Eli Lilly has provided medication for a trial for which he was the primary investigator.

Copyright and usage

© The Royal College of Psychiatrists 2016.

Aaron Prosser (pictured) is a research analyst in the Complex Mental Illness Program (Forensic Division) at the Centre for Addiction and Mental Health, Toronto. Bartosz Helfer is a Marie Curie Fellow at the MRC Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, London. Stefan Leucht is a Professor and Vice-Chairman of the Department of Psychiatry and Psychotherapy, Technical University Munich, and Honorary Professor of Evidence-based Psychopharmacological Treatment, University of Aarhus.

The decline of psychotherapy

Pharmacotherapy is undoubtedly the primary treatment for most mental illnesses and psychotherapy is on the decline. Trends in the USA are especially revealing. For example, from 1998 to 2007 there was a significant increase in the percentage of out-patients who received pharmacotherapy alone to treat their mental disorder, which was mirrored by a significant decline in the use of psychotherapy alone as well as psychotherapy in combination with pharmacotherapy.¹ Furthermore, the average number of psychotherapy visits significantly reduced, almost 20% from 9.7 to 7.9 visits between 1998 and 2007.¹ These shifts were so momentous that by 2007 over 50% of out-patients, regardless of their mental health condition, received only pharmacotherapy.¹ Similar trends are seen in the recent character of psychiatry residency training programmes in America, which are illuminating because residency programmes are like the canary in the coal mine for psychotherapy's future. Recent US surveys of programme directors and residents show that many programmes do not provide the minimum amount of clinical care, supervision or didactic training to psychiatry residents for them to be considered competent therapists in cognitive-behavioural therapy (CBT) or psychodynamic psychotherapy.² A multisite US study of residents found that most residents (62%) believed that 'I plan to incorporate my psychotherapy training in my practice after residency, but psychopharmacology will be the foundation of treatment for most of my patients', and 42% of residents did not plan on pursuing more psychotherapy training and 20% were neutral regarding additional training.³ These trends are troubling because they point

towards a growing gap between real-world clinical practice and state-of-the-art evidence for psychotherapy's efficacy: a recent overview of meta-analyses with over 137 000 participants concluded that both psychotherapy and pharmacotherapy are effective for most psychiatric disorders, with no consistent differences between them in overall efficacy.⁴ Moreover, for most disorders, combining pharmacotherapy with psychotherapy shows enhanced efficacy relative to monotherapy.⁴ Therefore, why is psychotherapy on the decline?

There are many complex reasons for this decline. National expenditures on psychotherapy in the US significantly declined, nearly 35% from \$10.94 billion to \$7.17 billion between 1998 and 2007, or, proportionally, from 71.0% to 44.7% of the national out-patient mental health expenditure.¹ There are also financial disincentives to provide psychotherapy built into psychiatrists' fees, and the pharmaceutical industry spends billions annually promoting pharmacotherapy, whereas no organisation representing psychotherapy's interests has similar financial and political leverage.¹ Similarly, private industry has a financial incentive to influence policy makers to prioritise pharmacotherapy because psychotherapy offers few profit opportunities once a therapist is trained. Conversely, pharmacotherapy offers enormous profit opportunities because, among other things, prescription bottles must always be refilled. The greater time commitment and effort required for psychotherapy is likely another factor,¹ although this is probably less of a deterrent for patients since generally patients prefer psychotherapy over pharmacotherapy.⁵

However, in this editorial, we focus on a deeper ideological reason for the dramatic decline of psychotherapy. This ideological reason is the (implicit) belief that pharmacotherapy is a 'biological treatment' whereas psychotherapy is a 'psychosocial treatment' and, because of this difference, pharmacotherapy is a more scientifically valid treatment. This ideological belief appears to be a natural extension of the brain disease model of mental illness: if all mental illnesses are caused by pathological neural processes, then therapies that specifically target these neural processes must, by definition, be more scientifically valid because they target the essential aspects of the disease, whereas