

L'HYPERACTIVITÉ CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Turbulent ou hyperactif ? Hyperactif ou dynamique? Normal ou pathologique ?

L'hyperactivité se manifeste chez l'enfant à travers trois symptômes principaux : une agitation incessante, un déficit de l'attention et une impulsivité qui conduit à interrompre les activités d'autrui : ces différentes manifestations retentissent sur le fonctionnement de l'enfant à l'école, à la maison et au cours des activités de loisirs.

Les difficultés et le handicap à court terme dans les domaines de la scolarité et des relations interpersonnelles en font un problème de santé publique.

Dans la population française des enfants d'âge scolaire, la prévalence des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité est estimée entre 1 et 5 % (1) soit 95.000 et 450.000 enfants âgés de 6 à 18 ans (environ 1 enfant par classe). Dans la population italienne, la prévalence des enfants âgés de 6-18 ans affectés par le trouble est estimée en 2005 entre 1 et 3.9% soit 75.000 à 290.000 (2).

Le diagnostic peut être suspecté par le médecin traitant, mais sa confirmation relève d'une équipe de spécialistes : en France d'une équipe hospitalière de pédopsychiatrie ou de neuropédiatrie . En Italie, le diagnostic peut être posé par le pédiatre de ville ou le médecin du centre territorial de neuropsychiatrie infantile et de l'adolescence. La décision de mise sous traitement pharmacologique nécessitera la confirmation du diagnostic et de l'indication dans un centre régional de référence accrédité par le ministère de la santé.

Le traitement de l'enfant hyperactif est multimodal associant des approches éducatives, psychothérapeutiques et familiales, et dans certains cas un traitement pharmacologique agissant sur le système nerveux central comme le méthylphénidate (dérivé amphétaminique) ou l'atomoxétine (inhibiteur de la recapture de la noradrénaline).

En France, seul le méthylphénidate est commercialisé dans cette indication depuis 1995. En 2005, le nombre d'enfants 6-18 ans traités par méthylphénidate est estimé à 17 500 soit environ 10% de la population affectée (3). La première ordonnance ne peut être effectuée que par le pédopsychiatre ou le neuropédiatre hospitalier. Le renouvellement de la prescription est effectué par le médecin de ville pour un an. Après un an le patient est revu par l'équipe hospitalière.

En Italie, la commercialisation du méthylphénidate et de l'atomoxétine dans cette indication est imminente. A la demande du ministère de la santé italien un registre sera mis en place au moment de la commercialisation et sera coordonné par l'Institut Supérieur de Santé. Ce registre a pour objectifs d'assurer :

- la standardisation du diagnostic par des personnes qualifiées dans des centres régionaux accrédités,
- le suivi individualisé des patients à court moyen et long terme
- la pharmacovigilance du produit nouvellement commercialisé.

- (1) Expertise collective INSERM: Mental disorders. Children and adolescents screening and prevention. Institut National de la Sante et de la Recherche Medicale 1-53, 2004. Available at: <http://www.inserm.fr>. Accessed March 2, 2006.
- (2) Knellwolf AL, Panei P, Arcieri R, Vella S: Failure to diagnose ADHD correctly puts children in danger. Ital J Pediatr 32:136-137, 2006.
- (3) Knellwof AL, Deligne J, Palmieri S, Auleley GR, Panei P, Arcieri R, Blum Boisgard C, Autret Leca E. : Does the restrictive prescribing French legislation prevent methylphenidate misuse in children and adolescents? J of Child and Adolesc Psychopharmacol. submitted 2007.