

L'année pédiatrique

Quoi de neuf en pédopsychiatrie ?

Traitement médicamenteux du TDA/H, nouvelle donne



D. ROCHE, O. REVOL
UERTD – Service de Psychopathologie
du développement de l'enfant et de
l'adolescent,
CHU, BRON.

Traiter l'enfant agité a longtemps été une source de polémiques peu constructives et délétères pour les familles. Ces conflits d'un autre siècle ont fait place à des attitudes médicales plus responsables, rigoureuses et concertées. Le trouble déficit d'attention, avec ou sans hyperactivité (TDA/H), est maintenant bien connu, et surtout reconnu ! En février 2015, la Haute autorité de santé (HAS) décrit le TDA/H comme une pathologie à part entière [1]. Les recommandations incitent à sensibiliser les médecins de premier recours aux caractéristiques du trouble afin de mettre rapidement en place des prises en charge adaptées. Si les modalités de prescription ont récemment évolué, une règle reste inchangée : *la solution médicamenteuse ne doit jamais survenir en première intention.*

Un problème de santé publique

L'enjeu reste capital. Les conséquences d'un TDA/H non ou mal pris en charge sont particulièrement lourdes sur le plan personnel et social [2]. De fait, les demandes de familles en grandes difficultés sont pressantes et en augmentation constante. Les plaintes des parents concernent l'agitation psychomotrice, la difficulté à accepter les tâches répétitives, les difficultés scolaires, le refus des consignes et la tendance à argumenter. En somme, un quotidien impacté par le comportement d'un enfant qui, on le sait,

n'en n'est pas totalement responsable. En effet, la dernière révision du DSM-5 considère le TDA/H comme un trouble du neurodéveloppement [3]. Son évolution potentiellement péjorative incite à le repérer le plus tôt possible, pour des raisons humaines et économiques. "Il est plus facile de créer des enfants solides que de réparer des hommes brisés"¹

1. Le diagnostic est avant tout clinique

Il repose sur une triade pratiquement toujours présente : hyperactivité, déficit d'attention et impulsivité. Sans oublier que l'agitation est un symptôme et non pas un syndrome. Avant de poser définitivement le diagnostic de TDA/H, il faut avoir éliminé les autres causes potentiellement responsables d'hyperactivité : affections neuropédiatriques, troubles du comportement (trouble des conduites ou trouble oppositionnel avec provocation), troubles des apprentissages ou du spectre de l'autisme, troubles anxiodépressifs, haut potentiel intellectuel (HPI)...

Le TDA/H doit être évoqué lorsque l'hyperactivité et/ou le déficit d'attention sont retrouvés dans tous les lieux (école, maison, loisirs). La mise en perspective de l'échelle de Conners, remplie par les parents (séparément) et les enseignants permet un "prédiagnostic" (*fig. 1*).

¹ Frédérick Douglass. Robert S. Levine, *Lives of Frederick Douglass*, Harvard University Press, 7 janvier 2016, 384 p.

2. La prise en charge est forcément multimodale

Les recommandations [4] vont dans le sens d'une prise en charge à la fois éducative (conseils aux parents, intégration des parents dans des groupes de soutien style Barkley...), rééducative (psychomotricité en primaire), psychologique (thérapies cognitivo-comportementales) et pédagogiques (aménagement conseillé en primaire, au collège et au lycée). Le traitement médicamenteux doit être envisagé dans un deuxième temps. Sa discussion est impérative et lorsque l'impact sur la vie affective ou sociale est trop important, il devient indispensable.

La mise en route du méthylphénidate

1. Une nouveauté

Seule molécule disponible en France pour le traitement du TDA/H², le méthyl-

² Sous certaines conditions, une autre molécule, l'atomoxtéline (*Strattera*) peut être prescrite mais nécessite alors une demande d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et requiert une prescription spécialisée.

L'année pédiatrique

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE CONNERS POUR LES PARENTS				
Nom de l'enfant : Prénom :				
Date de naissance :				
Questionnaire complété par : la mère <input type="checkbox"/> le père <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/>				
le : (date à laquelle le questionnaire est rempli)				
Placer une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant				
Observation	Pas du tout 0	Un petit peu 1	Beaucoup 2	Énormément 3
1. Agité ou très actif				
2. Nerveux, impulsif				
3. Ne finit pas ce qu'il commence, attention de courte durée				
4. Toujours remuant				
5. Perturbe les autres enfants				
6. Inattentif, facilement distrait				
7. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites : facilement frustré				
8. Pleure souvent et facilement				
9. Changements d'humeur rapides et marqués				
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible				

Fig. 1 : Questionnaire abrégé de Conners pour les parents. Cut off = 15.

phénidate a vu ses modalités de prescription s'assouplir récemment. Depuis le 15 septembre 2021, **la primoprescription peut se faire en ville à condition qu'elle soit effectuée par un pédiatre, un psychiatre ou un neurologue**. Le médecin généraliste est habilité à renouveler l'ordonnance pour 28 jours maximum, mais au bout d'un an, le spécialiste doit revoir l'enfant pour réévaluer la pertinence de la prescription.

Avant de prescrire ce traitement qui reste controversé, quelques spécificités sont à connaître.

2. Pour qui ?

Cette prescription concerne l'enfant, à partir de 6 ans (avec une AMM de 6 à 17 ans inclus) et doit être envisagée devant la persistance des troubles malgré des interventions de premières lignes bien conduites. Avant d'initier la prescription, il faut veiller à évaluer précisément le retentissement du TDA/H dans les différentes sphères d'évolution de l'enfant : scolarité, liens relationnels, famille, loisirs... et d'en apprécier la sévérité.

3. Pour quoi ?

Médicament à l'efficacité reconnue [5], le MPH agit sur les différentes caractéristiques du TDA/H :

- il améliore le maintien de l'attention dans la durée et l'organisation au quotidien, aide à l'initiation de la tâche et diminue la distractibilité et les fautes d'inattention ;
- il diminue les manifestations d'hyperactivité motrice et les réactions impulsives.

On peut également observer une amélioration de la motricité fine et de la qualité du graphisme, ainsi qu'une amélioration de la productivité dans les travaux scolaires et sur la prise de décision [6]. De même, la diminution de l'impulsivité participe à une meilleure régulation émotionnelle et comportementale et peut ainsi améliorer les comportements d'opposition et de provocation. L'effet bénéfique est alors perceptible sur les relations interpersonnelles et particulièrement la relation parents-enfant (voire enseignant-élève !), et enfin sur l'estime de soi.

Il est important d'expliquer à l'enfant et aux parents que l'objectif n'est pas une disparition complète des symptômes du TDA/H mais d'en diminuer la sévérité et l'impact au quotidien.

4. Avec un effet on-off

Le méthylphénidate serait efficace dans 70 % des cas et les effets apparaissent rapidement après l'initiation du traitement, souvent dès les premières prises. On peut en apprécier le bénéfice dans les différents environnements (maison, école...), sur la durée d'action du traitement et aussi longtemps que l'enfant prend le traitement. Les effets s'estompent à l'arrêt.

À noter que l'effet du MPH n'est que "suspensif" sur les symptômes et permet de les atténuer temporairement mais ne guérit pas le TDA/H.

5. Quelles précautions avant une primoprescription ?

Les contre-indications absolues sont rares (**tableau 1**) et le bilan préthérapeutique se limite à une anamnèse rigoureuse et un examen clinique standardisé (pression artérielle, fréquence cardiaque, poids, taille, recherche d'anomalies cutanées et évaluation d'éventuelles comorbidités psychiatriques). Une évaluation du sommeil de l'enfant vient compléter le bilan préthérapeutique (heures de coucher et de lever ; sommeil agité ou calme ; réveils nocturnes ; qualité du réveil...).

Le bilan neuropsychologique visant à objectiver les troubles d'attention est facultatif.

Avant toute prescription, il est important de prendre le temps d'expliquer aux parents et à l'enfant les bénéfices attendus de ce traitement, les limites et les éventuels effets indésirables à surveiller. Ce temps d'échange peut être l'occasion de rectifier les idées reçues, d'entendre les craintes et réticences

Éliminer une contre-indication absolue

- Antécédent personnel d'allergie sévère au méthylphénidate
- Traitement par IMAO en cours ou interrompu depuis moins de 15 jours
- Glaucome
- Phéochromocytome

Recherche de conditions nécessitant une surveillance particulière

- Épilepsie
- Troubles cardiovasculaires
- Syndrome de Gilles de la Tourette

Examen clinique initial

- Poids, taille
- Fréquence cardiaque, tension artérielle
- Appétit, sommeil

Tableau I : Précautions à l'initiation du MPH. IMAO : inhibiteur de la monoamine oxydase.

qui entourent ce produit et de rassurer parents et enfants [7].

Le prescripteur doit insister sur la nécessité de **poursuivre conjointement les accompagnements éventuels** (psychothérapie, guidance parentale, aménagements scolaires...) **et les conseils éducatifs à la maison.**

6. Quel bilan complémentaire ?

Aucun bilan n'est indispensable pour initier une prescription de MPH. Néanmoins, par précaution, on peut prescrire un bilan biologique de base comprenant une NFS, une évaluation des fonctions rénale et hépatique, une ferritinémie et, en cas de signe d'appel, un dosage de la TSH.

L'électrocardiogramme est recommandé mais non obligatoire. En revanche, on fera appel à cet examen en cas d'antécédent de chirurgie cardiaque ou de cardiopathie congénitale, d'antécédents familiaux de mort subite chez un apparenté avant 40 ans, ou devant la notion d'essoufflement ou d'évanouissement à l'effort, de palpitations, de précordialgie ou d'anomalies de la tension artérielle.

Il n'y a pas lieu de proposer systématiquement un EEG mais celui-ci pourra être demandé en cas de suspicion de comitialité (épilepsie-absence par

exemple) ou d'antécédent épileptique chez l'enfant ou les apparentés.

7. Une prescription toujours encadrée

Si les modalités de prescription ont été assouplies, le MPH reste inscrit sur la liste des stupéfiants. Cette restriction nous paraît nécessaire pour éviter le mésusage et les utilisations détournées (dopage intellectuel, effet coupe-faim...). La prescription doit être rédigée sur **ordonnance sécurisée**, en précisant **la posologie, la durée du traitement et la quantité prescrite en toutes lettres**, le poids de l'enfant et **le nom de la pharmacie dispensatrice**. Le traitement doit être récupéré à la pharmacie dans les trois jours suivant la date de l'ordonnance. Au-delà, seule la dose correspondant à la durée restante sera remise.

La délivrance ne peut se faire que pour 28 jours et sera renouvelée mensuellement par le médecin traitant ou le pédiatre de l'enfant, qui pourra adapter si besoin la posologie. Une réévaluation annuelle est obligatoire, par un spécialiste hospitalier ou ambulatoire (pédiatre, psychiatre ou neurologue).

Une seule molécule, différentes formes

Inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau

préfrontal, le méthylphénidate se décline sous deux formes : à libération immédiate (Ritaline) et à libération prolongée (Ritaline LP, Quasym LP, Concerta LP et Medikinet LM). Ces différentes présentations diffèrent par leurs galéniques et leurs durées d'action (**tableau II**). D'un enfant à l'autre, l'efficacité et la tolérance peuvent varier, selon la spécialité prescrite.

En fonction du profil de l'enfant, on utilisera préférentiellement une forme ou l'autre. Par exemple, le Concerta sera plutôt indiqué chez le grand adolescent du fait de sa plus longue durée d'action, qui couvrira d'avantage les journées des lycéens. À l'inverse, on préférera les formes à libération prolongée de moindre durée d'action pour les jeunes enfants, afin de ne pas impacter le sommeil.

Les molécules peuvent s'additionner et seront prescrites sur une même ordonnance.

Un schéma thérapeutique bien défini

Les doses habituelles se situent entre 0,3 et 0,7 mg/kg/j. Il est possible d'aller jusqu'à 1 mg/kg/j, surtout pour les formes sévères de TDA/H à prédominance hyperactive si la tolérance le permet. Il est néanmoins préférable de ne pas dépasser 60 mg par jour. On peut combiner forme à libération immédiate et forme à libération prolongée si besoin.

Le traitement est débuté à petite dose et augmenté progressivement. Le titrage est bien établi et on conseille de commencer par une dose de 5 mg de forme à libération immédiate matin et midi et de 10 mg pour la libération prolongée. En début de traitement, l'efficacité et la tolérance doivent être réévaluées régulièrement jusqu'à obtenir la dose la plus adaptée pour chaque enfant, c'est-à-dire la dose minimale mais efficace ! Il est conseillé de proposer un contact téléphonique hebdomadaire le 1^{er} mois et trimestriel la 1^{re} année.

L'année pédiatrique

	Ritaline 10 mg comprimé	Ritaline LP	Quasym LP	Medikinet	Concerta LP
Dosages	10 mg	10, 20, 30 et 40 mg	10, 20 et 30 mg	5, 10, 20, 30 et 40 mg	18, 36 et 54 mg
Forme	Comprimé sécable	Gélule			Comprimé non sécable
Durée d'action	3-4 h	8 h			10-12 h
Distribution	100 % LI sur 4h, pic à 2h	50 % LI -50 % LP Pic à 2 et 6 h environ	30 % LI – 70 % LP	50 % LI – 50 % LP	22 % LI – 78 % LP
Avantages	Rapidité d'action. Comprimé sécable. Moindre effet "coupe-faim" que les formes LP. Peut être utilisé en complément des formes LP pour couvrir la fin d'après-midi (prise au goûter).	La gélule peut être ouverte et saupoudrée dans une cuillère de compote ou yaourt. Les granulés ne doivent pas être croqués			Longue durée d'action (12 h)
		Rapidité d'action		Rapidité d'action Ajustement plus fin de la posologie avec la dose 5 mg LP	
Inconvénients	Durée d'action courte : plusieurs prises nécessaires pour couvrir la journée. Contient du gluten et lactose dans l'excipient	Durée d'action parfois insuffisante pour couvrir une journée d'école.			Risque d'insomnie Gros comprimés non sécables Contient du lactose dans l'excipient
Profil de patients	Initiation du traitement MPH En complément sur la fin de journée	Enfants d'âge scolaire	Enfants d'âge scolaire	Enfants d'âge scolaire et très jeunes enfants	Collégiens, lycéens et grands adolescents

Tableau II : Les différentes spécialités de méthylphénidate disponibles en France. LI = libération immédiate, LP = libération prolongée.

Pour les formes LP, le médicament sera pris le matin, pendant le petit-déjeuner ou juste après, afin que la libération se fasse de façon optimale sur la journée.

Les recommandations internationales préconisent un traitement en continu. Il est néanmoins licite de le réserver aux jours d'école lorsque le déficit d'attention est isolé. En revanche, lorsque l'hyperactivité et surtout l'impulsivité pénalisent l'enfant en famille, il est préférable de le prescrire aussi le week-end. Il faut également rappeler aux parents qu'il est préférable que l'enfant soit sous l'effet du traitement lors des rééducations ou soins psychothérapeutiques pour en bénéficier pleinement.

Afin d'éviter un éventuel retentissement sur la croissance, il est recommandé de faire des pauses, préférentiellement sur les vacances, et au moins une fois par an sur plusieurs semaines.

Une surveillance régulière et indispensable

La dose prescrite sera à réévaluer au moins annuellement. Il n'y a pas lieu d'augmenter continuellement la posologie car il n'y a pas d'effet de tolérance. Néanmoins, on sera amené à l'ajuster au poids de l'enfant, jusqu'à l'adolescence. En fin d'adolescence, la régression physiologique, au moins partielle, des symptômes du TDA/H peut faire envisager une diminution de la posologie.

Les renouvellements mensuels de la prescription sont l'occasion de surveiller la bonne tolérance du traitement, l'observance et l'absence de mésusage (**tableau III**).

Des effets secondaires rares

Les effets secondaires sont peu fréquents et surviennent essentiellement à l'initiation du traitement (**tableau IV**) [8,9]. On retrouve principalement une insomnie d'endormissement, une perte

Observance et tolérance à l'interrogatoire, dont sommeil et appétit	À chaque renouvellement
Examen clinique avec mesures du poids et de la taille, et surveillance de la courbe staturopondérale	Au moins tous les 6 mois
Pression artérielle, fréquence cardiaque	Au moins tous les 6 mois et à chaque changement de posologie

Tableau III : Paramètres à surveiller lors du renouvellement de la prescription (1).

Effet indésirable	Mesures spécifiques
Apparition de céphalées, maux de ventre	Fréquents les premiers jours et lors de la reprise après une interruption longue du traitement. Passent normalement en quelques jours, sinon changer de forme.
Apparition d'une insomnie d'endormissement	Effet en général réversible au bout de quelques semaines. Vérifier que la prise n'est pas trop tardive dans la journée. Si pas d'amélioration : changer pour une forme à durée d'action moins longue.
Apparition d'une majoration des symptômes à l'arrêt de l'effet du traitement (= effet "fin de dose")	Favoriser un moment de dépense physique au retour de l'école. Opter pour une forme à décroissance plus progressive comme le Concerta LP ou le Quasym LP. Ajout d'une dose de Ritaline à libération immédiate au goûter pour accompagner la fin de journée (5 à 10 mg).
L'enfant est décrit comme "trop calme"	Diminuer la dose.
Perte d'appétit importante le midi et stagnation de la prise de poids	Diminuer la posologie quotidienne et/ou changer de forme. Si pas d'amélioration : passer à un traitement fractionné en plusieurs prises par jour de Ritaline à libération immédiate (ex : 1 cp matin, 1 cp midi ± 0,5 à 1 cp au goûter).
Survenue de palpitations/malaise	Avis cardiologique. Si survient après une augmentation de posologie : diminuer la dose.
Survenue de symptômes dépressifs ou anxieux	Arrêt du MPH à discuter. Prendre en charge en premier lieu la symptomatologie anxiodépressive.
Survenue ou aggravation des tics	Changer de forme et/ou diminuer la dose.

Tableau IV : Conduite à tenir en cas d'effets indésirables du traitement (9, 11).

d'appétit le midi (plus importante avec les formes à libération prolongée), des céphalées (plus importantes avec les formes à libération immédiate), de même que des douleurs abdominales. Ces désagréments disparaissent le plus souvent au bout de quelques jours, sauf la perte d'appétit et l'insomnie d'endormissement qui peuvent perdurer plus longtemps, et incitent alors à changer de forme galénique.

On note, de façon quasi systématique, une élévation de la fréquence cardiaque. Par ailleurs, une exacerbation de tics et/ou d'une anxiété (l'enfant traité est alors plus attentif à ce qui le préoccupe) incite à réduire le dosage ou à espacer les doses.

Les études sur l'effet du MPH sur la croissance ne font pas consensus [10]. Il semblerait que chez certains enfants, on retrouve un ralentissement de la croissance staturopondérale voire un décalage pubertaire. Afin d'éviter ces effets, il est recommandé de surveiller régulièrement la taille et le poids de l'enfant (au moins tous les 6 mois) et de privilégier des pauses de traitement sur les vacances scolaires et si possible le week-end. La

persistance d'une cassure de la courbe staturopondérale fera envisager un changement de forme et/ou de posologie, voire un arrêt du traitement en fonction de la balance bénéfico-risque.

En cas d'effets secondaires gênants malgré une bonne efficacité du traitement, on peut changer de forme à dose équivalente (par exemple, remplacer à même dosage la Ritaline LP par du Quasym LP ou du Medikinet et vice-versa).

■ Jusqu'à quand ?

1. Une durée du traitement spécifique à chaque enfant

On sait que les symptômes du TDA/H évoluent et peuvent même régresser entre l'enfance et l'adolescence puis à l'âge adulte [12]. En grandissant, les symptômes sont souvent moins bruyants et l'hyperactivité motrice laisse en général place à une inattention prédominante. Ainsi, le renouvellement de la prescription dépendra de sévérité des symptômes et de leur retentissement au quotidien. Il n'y a pas de contre-indica-

tion à poursuivre le traitement sur plusieurs années, mais l'indication devra néanmoins être réévaluée au moins annuellement.

Afin d'apprécier la symptomatologie résiduelle, il est souhaitable de faire des pauses. L'interruption du traitement pendant les vacances est recommandée. Certains adolescents font d'eux-mêmes la demande d'arrêter le traitement. Il peut être intéressant d'accéder à ces demandes, quitte à reprendre le traitement si la situation n'évolue pas dans le bon sens.

L'arrêt peut se faire du jour au lendemain et ne nécessite pas de précautions particulières. À la suite d'un arrêt, il est tout à fait possible de reprendre le traitement, même plusieurs années après.

2. Et à l'âge adulte ?

Chez les adolescents dont les symptômes persistent à l'âge adulte et pour lesquels le traitement continue de montrer un effet bénéfique évident, il peut être approprié de poursuivre ce traitement au-delà de 18 ans. Le traitement peut

I L'année pédiatrique

encore bénéficier de l'AMM lorsqu'il a été initié dans l'enfance avec Medikinet ou Concerta LP.

Par ailleurs, de nombreux adultes se découvrent tardivement TDA/H, ce qui donne rétrospectivement du sens à leurs difficultés infantiles. La primoprescription chez l'adulte est maintenant possible mais reste limitée aux médecins spécialistes du TDA/H de l'adulte, et ne concerne pour l'instant que les spécialités Ritaline LP et Medikinet.

Conclusion

Le TDA/H "bien traité" est de bon pronostic, à la fois sur le plan social, familial et scolaire. La prescription de méthylphénidate permet à l'entourage de retrouver le même enfant, mais sans les troubles qui le pénalisaient sur le plan académique et sur le plan relationnel. La disparition des symptômes "perturbateurs" permet de mettre (enfin) en valeur les qualités que l'on attribue à la plupart de ces enfants (empathie, curiosité, débrouillardise, spontanéité, intelligence, solidarité et ingéniosité...). Grâce à un traitement habilement introduit au bon moment, l'enfant peut ainsi passer de l'hyperactivité à la proactivité. L'enfant et sa famille pourront tirer un grand bénéfice de cette énergie renouvelable, devenue tranquillement canalisable.

Et le TDA/H s'impose alors comme une force subtile... [13].

BIBLIOGRAPHIE

- HAS. "Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité" - RCP. 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2012647/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-TDA/H-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille
- DALEY D, BIRCHWOOD J. ADHD and academic performance. Why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child Care Health Dev*, 2010;36:455-464.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th éd. Arlington, VA;2013.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019.
- CORTESE S, ADAMO N, DEL GIOVANE. C *et al.* Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2018;5:727-738.
- CHAN E, FOGLER JM, HAMMERNESS PG. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review. *JAMA*, 2016;315:1997.
- WELNIARZ B, MEDJDOUB H. Aspects pratiques de la prescription de méthylphénidate pour les enfants présentant un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). *L'information psychiatrique*, 2018;94:460-467.
- CORTESE S, HOLTMANN M, BANASCHEWSKI T *et al.* Practitioner Review: Current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents: Practitioner Review: Management of AEs with ADHD medications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2013;54:227-246.
- GRAHAM J, BANASCHEWSKI T, BUITELAAR J *et al.* European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2011;20:17-37.
- CARUCCI S, BALIA C, GAGLIANO A *et al.* Long term methylphenidate exposure and growth in children and adolescents with ADHD. A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 2021;120:509-525.
- CORTESE S, HOLTMANN M, BANASCHEWSKI T *et al.* Practitioner Review: Current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents: Practitioner Review: Management of AEs with ADHD medications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2013;54:227-246.
- VANTALON V. Expression phénotypique du TDAH en fonction de l'âge. *Ann Med Psychol (Paris)* (2014).
- REVOL O. *On se calme !* JC. Lattès ; 2016.

POUR EN SAVOIR PLUS

- "Methylphenidate: guide de la prescription pour les médecins"
- "Checklist n° 1: liste des points à vérifier avant d'initier un traitement par méthylphénidate"
- "Checklist n° 2: liste des points à vérifier pour le suivi du traitement en cours par méthylphénidate"
- "Tableau de suivi du traitement en cours par méthylphénidate"
- Documents rédigés sous l'autorité de l'ANSM (novembre 2021), disponibles sur le site <http://methylphenidate-guide.eu/fr/welcome.php>.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.