

## Traitement du trouble déficit de l'attention / hyperactivité

**Par le docteur Claude Jolicoeur, pédopsychiatre,  
Montréal – octobre 2000**

### LA MÉDICATION DES DIFFICULTÉS DE L'ATTENTION DE L'ENFANCE

La médication est évidemment un outil qui doit pourtant recevoir l'attention qu'elle mérite. La médication dopaminergique demeure la plus efficace actuellement, s'utilisant depuis plus de 60 ans et objet de multiples recherches concordantes. Il y a un dérivé de pipéridine, le méthylphénidate ou ritalin (note du transcripteur : cet article est canadien), qui se prescrit dans 80 % des situations, en raison du peu de complexité du produit. Mais parfois la dexedrine, un dérivé amphétaminique, sera plus indiquée quand l'on se retrouve avec une impulsivité spécialement forte ou des atteintes neurologiques plus sévères. Plus rarement s'utilise un produit sérotonergique (Prozac®, Paxil®, Effexor®, etc), surtout chez l'adulte, moins spécifique pour l'attention, mais utile pour le soulagement de l'anxiété et de l'état dépressif rarement absents.

Comme toute autre produit agissant vraiment, de manière efficace, sur le corps, il peut produire des réactions paradoxales, des allergies temporaires ou permanentes, même variables selon l'âge. L'on doit procéder lentement par petites doses, dans les premières semaines et augmenter selon le niveau de réponse, avec des attentes réalistes. Un essai valable et crédible devrait se poursuivre sur au moins deux à trois mois, laissant l'adaptation se faire. Le dosage ou titrage n'a pas de liens directs avec la masse corporelle, mais plutôt avec l'intensité de la pathologie. L'adulte, par exemple, pourra bien fonctionner avec la dose d'un enfant de 10 ans, parce que son métabolisme se ralentit avec l'âge. Il y a lieu de situer le plafonnement en deçà d'effets secondaires trop incommodes, tels la perte d'appétit, le retard au sommeil ou la labilité affective excessive. Les molécules à dégradation lente sont particulièrement bienvenues, car elles simplifient la vie de tous à plusieurs niveaux : éviter le sarcasme des pairs, les oublis toujours inévitables.

Le problème le plus courant a trait aux doses souvent inadéquates, en trop ou en moins, qui vont de

pairs avec les attentes mal définies ou la difficulté d'identifier les facteurs d'amélioration. Car il ne s'agit pas seulement de diminuer l'agitation, l'inattention ou l'impulsivité, mais également d'augmenter la capacité d'organisation, en dehors des situations d'urgence ou de plaisir, ou encore de favoriser la socialisation, le niveau d'estime de soi. La plupart des enfants souffrant du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (Tda/h) auront des difficultés d'apprentissages dans des domaines spécifiques qu'il faudra soutenir par des appuis diversifiés, sans parler du deuil nécessaire de performance ou de succès dans certaines matières. Il faut aller vers les priorités et choisir ce qui permet de valoriser les talents à long terme, même si le système académique ne le reconnaît pas toujours. Il n'y a plus lieu de cesser la médication les jours de congé, quand elle semble utile à la vie familiale ou sociale.

L'on ne voit pas de contre-indications absolues avec l'épilepsie ou le syndrome des tics. L'activité cérébrale de chaque individu lui est propre de même que ses anomalies, ses blessures, ses dysfonctions, son adaptabilité, sa résistance, sa réponse aux produits chimiques. Il faut faire l'essai prudent d'une substance pour déterminer la conduite à suivre. Comme toute médication de la série dopaminergique augmente le pouls, la tension artérielle, elle est nettement contre-indiquée dans toutes les maladies cardio-vasculaires ou relativement aussi au-dessus de la cinquantaine quand le système artériel commence à se rigidifier par l'artériosclérose.

Tous ces choix ne vont donc pas de soi, et demandent un soutien, un accompagnement professionnel avisé qui fait souvent défaut. Les implications sont multiples et doivent pouvoir s'envisager sans crainte de se tromper. Parfois, il s'agit d'un deuil lourd à porter, mais nécessaire pour mieux choisir l'essentiel.

## LA PRESCRIPTION COURANTE

### Initiation

Il importe de commencer lentement avec des demis, parfois des quarts de doses, afin de vérifier la tolérance de l'organisme, les allergies, les effets paradoxaux. Plus l'enfant sera jeune, plus il pourra sur-réagir à un corps étranger, vu l'immaturation générale de son système immunitaire. Mais l'adaptation sera souvent possible dans les 2-3 mois. Il faudra

toujours superviser la prise du médicament, tant les oublis font partie du problème.

Il va sans dire que les habitudes de prescription sont très personnelles à chaque médecin. Ces indications ne valent qu'en termes suggestifs globaux et méritent un ajustement selon le cas.

### Doses typiques

- Le ritalin dans les situations légères et moyennes

La masse corporelle sert d'indice global, mais n'est pas d'une grande utilité avec l'âge qui ralentit le métabolisme, ramenant l'adulte à la posologie infantile. Vers les 5-6 ans, la dose d'entretien se situe dans les 10 mg par jour, en deux prises égales et peut monter dans les 20 mg, vers les 8-10 ans, en se limitant à la semi-dose, dans la première et parfois deuxième semaine. Vers les 10-12 ans, l'on peut débiter avec l'utilisation du comprimé retard, 20 mg SUSTAINED REACTION (Sr), en semi-doses, pendant une ou deux semaines, suivies de la dose totale. Même si l'affaire reste méconnue, le médicament conserve sa capacité retard, après une coupe arbitraire, sans rainure prévue par le fabricant. Il faut simplement éviter de croquer en tout temps. Il est impératif de bien calculer le temps d'efficacité, à la minute près, et le donner en fonction des exigences de tâches. Il faut penser aux apprentissages difficiles durant cette phase. La mémoire y fonctionne à son meilleur, le seuil de frustration augmente et se maintient plus stable. Attendront les activités de loisir, par exemple, en fin de journée. Car l'effet réel cesse subitement, même si des apports positifs persistent par force d'entraînement et d'inertie. Quand la journée est

gratifiante, le niveau de frustration reste plus bas à son terme.

Les effets secondaires, tels la perte de l'appétit, la labilité de l'humeur ou la morosité affective surviendront au sommet de l'efficacité. Le repas du matin doit être substantiel, malgré le manque courant d'appétit chez les enfants Tda/h, à ce moment-là, comme également celui du soir. Les caprices alimentaires sont assez constants, par une sorte de rigidité gustative, mais il vaut mieux les respecter que confronter inutilement. Les compléments de vitamines feront le reste. Comme ces enfants s'éparpillent, il faut ritualiser, valoriser ou récompenser au besoin, et favoriser un choix alimentaire personnalisé. L'endormissement pourrait se prolonger avec une prise tardive de l'après-midi ou un surdosage général.

*Nota bene.* Ne pas manquer de comparer les effets de la médication d'origine avec sa copie générique, souvent plus instable. Une allergie peut aussi se produire, en raison des agents de liaison des molécules, à base de lactose, pour ceux souffrant d'intolérance aux produits laitiers.

- Dexedrine en situations plus complexes (impulsivité ou opposition sévère, migraines familiales)

La même attitude prévaut, en n'utilisant que la demi-posologie du ritalin. La formule spansule donne un effet long terme de 10-12 heures.

Le suivi médical devrait avoir lieu tous les 4-6 mois, avec un bilan santé sur le poids, le pouls, tension artérielle avec emphase sur le contenu alimentaire et le sommeil.

L'hypoglycémie, qui aussi entraîne un défaut d'attention, survient trop souvent, à la mi-journée, faute d'alimentation substantielle au matin. Elle sera aggravée dans la famille aux antécédents diabétiques.

Les erreurs pratiques les plus courantes sont :

- ◆ Une initiation trop rapide. Il convient de débiter lentement et de s'en tenir à la plus petite dose efficace, en deça des effets secon-

naires trop inconfortables, quoique rare d'éviter les impacts sur l'appétit et sommeil. Il deviendra très pénible, voire impossible de réduire les doses trop fortes, quand l'adaptation de l'organisme sera faite. Il faut

anticiper que les doses optimales peuvent plafonner à l'adolescence autour de 30 à 40 mg de ritalin.

- ◆ Une mauvaise surveillance de la prise et de la durée d'efficacité. L'enfant le mieux attentionné pourra oublier. La durée d'action doit se noter avec précision. Quand la prise se fait tôt, l'effet cesse également plus rapidement. Dans la posologie court terme, il y a moins de perte d'appétit le midi, mais plus de turbulence. Dans le format longue action, la couverture établit un plateau plus stable, mais l'action se termine souvent en début d'après-midi.
- ◆ Des attentes irréalistes. Il ne faut pas penser éliminer tous les symptômes de la condition Tda/h, mais seulement améliorer le potentiel d'apprentissage et de socialisation. Les

causalités de la maladie sont multiples et selon gravité et intensité, le pronostic peut beaucoup varier.

- ◆ Un défaut de psychologie et de pédagogie adaptée. Les habitudes éducatives, traditionnelles et courantes, s'adaptent assez mal à l'enfant Tda/h. Les sensibilités sont souvent différentes ; la notion de temps et d'espace instable et précaire. Il faut éviter le conditionnement opérant, primaire, à tout prix et à l'avenant. La punition devrait devenir plus l'exception que la règle.

La médication n'est qu'un outil parmi d'autres. Parfois, elle est presque suffisante avec un peu de psychologie, et d'autres fois, l'approche multidisciplinaire est requise. Mais il faut savoir prioriser les efforts, et ne pas soumettre un enfant, déjà en difficultés, à toutes les thérapies du marché.

## LA PRESCRIPTION LONGUE DURÉE

Plusieurs personnes s'interrogent sur le mécanisme d'action du Concerta®, de l'AdDerall®, Ritalin La®. En dehors de la modalité de libération d'un produit, tel le granule à double ou triple action, la pompe osmotique et la cinétique du médicament (c'est-à-dire son catabolisme ou sa concentration sanguine *versus* sa vitesse de dégradation) occupent également une place importante.

James Swanson nous apprend que tout le mérite de la conceptualisation du produit longue action revient à l'initiative d'un chercheur d'Irvine, CA, Suneel Gupta, pharmacien PhD, qui propose de mesurer attentivement la cinétique du méthylphénidate, pour rapidement constater une résistance soudaine dès la première dose administrée, progressive en fonction des doses subséquentes, mais courte pour disparaître après quelques heures. Ce phénomène de saturation synaptique entraînerait une moindre efficacité dans le temps, et oblige à un titrage progressif, contrairement à la coutume médicale de

plafonner ou décroître le dosage, afin d'amoinrir les effets secondaires.

Les fabricants adhèrent à cet élaboré de recherche et chacun invente un modèle de libération, en double ou triple action, avec démarrage et reprise, variables d'un produit à l'autre. La décision clinique reste à prendre en fonction de l'efficacité et du but poursuivi. Une action prolongée et progressive peut produire une perte tardive de l'appétit, un retard à l'endormissement ou un effet rebond plus sévère, mais souvent des effets tolérables dans une perspective plus globale.

Dorénavant, même dans la prescription du médicament de courte durée, l'on pourra facilement mimer des effets similaires au longue action, en favorisant une concentration ascendante plutôt que descendante ou étale, en autant que l'on veuille stabiliser l'attention et la concentration, sur toute la plage horaire.