

TDAH : ce que dit la HAS 2024

La recommandation de juillet 2024 déplace plusieurs repères, dont deux qui concernent directement le psychologue. À lire avant de programmer un bilan.

Deux phrases à connaître par cœur

« Pour poser le diagnostic de TDAH, le bilan neuropsychologique n'est pas un examen nécessaire. En présence de plusieurs troubles associés, ou d'une suspicion de TDI ou de symptômes sévères, il est recommandé de disposer d'un bilan neuropsychologique, pour établir un plan de soin. Dans les autres cas, un examen neuropsychologique peut être un outil du suivi d'un enfant avec un TDAH. »

HAS, juillet 2024, § 2.4.7 « Place des bilans complémentaires ».

« À ce jour, il n'existe pas d'examen complémentaire spécifique du diagnostic de TDAH. [...] Un test avec des résultats dans les zones de normalité n'élimine pas le diagnostic de TDAH. »

HAS, juillet 2024.

Ce que cela change en pratique : **on n'adresse plus un enfant en bilan « pour savoir s'il a un TDAH »**. On l'adresse pour objectiver ses ressources cognitives, repérer des troubles associés, écarter un TDI — et construire le plan de soin. Le bilan éclaire la prise en charge ; il ne tranche pas le diagnostic. Et un profil dans la norme ne ferme aucune porte.

Qui pose le diagnostic

UNE DIFFÉRENCE IMPORTANTE AVEC LES TROUBLES DES APPRENTISSAGES

Pour les TSA, la HAS reconnaît au psychologue la **pose d'un diagnostic spécialisé** (voir fiche 04). Pour le TDAH, la formulation de 2024 est plus resserrée : « **il est recommandé que le diagnostic soit posé par un médecin "spécialisé" du TDAH de l'enfant et l'adolescent** ». Le psychologue contribue — entretiens, échelles, profil cognitif, retentissement — mais la conclusion diagnostique revient ici au médecin. Autant le savoir avant de rédiger.

Les repères qui n'ont pas changé

- **Critères** : poser le diagnostic conformément à la **CIM-11 ou au DSM-5-TR**, similaires sur ce point.
- **Six symptômes ou plus** d'inattention, et / ou six d'hyperactivité-impulsivité, **persistant au moins six mois**.
- **Trois présentations** : inattentive dominante, hyperactive-impulsive dominante, combinée. La présentation inattentive concerne davantage les filles, et retarde le repérage.
- **Sur le plan neuropsychologique**, la HAS retient l'atteinte des fonctions attentionnelles comme mécanisme principal, éventuellement associée à d'autres fonctions exécutives : inhibition de la réponse motrice ou verbale, planification, flexibilité cognitive, mémoire de travail.

La filière de soin

NIVEAU	RÔLE
Niveau 1	Médecins de premier recours : repérage, puis adressage. La HAS constate que c'est précisément là que ça coince — les médecins de niveau 1 « rencontrent des difficultés pour trouver et identifier les équipes spécialisées formées et disponibles ».
Niveau 2	Équipes spécialisées du TDAH : diagnostic et mise en place des interventions thérapeutiques.
Niveau 3	Expertise complémentaire — à ne pas confondre avec le niveau 2.

La HAS écrit que le manque de professionnels formés entraîne un retard d'accès aux soins, donc un retard de diagnostic, ou une prise en charge non adaptée. C'est exactement le vide qu'une plateforme de coordination vient combler.

LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX, EN UNE LIGNE

À partir de 6 ans : le méthylphénidate est recommandé « quand les mesures non médicamenteuses seules s'avèrent insuffisantes ». **Avant 6 ans** : hors AMM en France ; envisageable uniquement dans les cas les plus sévères, après échec des mesures non médicamenteuses, sur prescription d'une équipe de niveau 2 ou dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, avec mention « hors AMM » et information des parents sur le non-remboursement.