

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 175

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Psychiatrie

PAR

AHMADOVA Shams
Née le 8 mars 1990 à Bakou, Azerbaïdjan

**Les difficultés du dépistage, diagnostic et prise en charge
du Trouble du Déficit de l'Attention-Hyperactivité (TDAH) de l'adulte.
Utilisation d'entretiens filmés pour la formation médicale initiale et continue.**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

Directrice de thèse : Madame la Docteure Charlotte KRAEMER



1 **FACULTÉ DE MÉDECINE** (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition JUIN 2020
Année universitaire 2019-2020

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil

HC = Hôpital Civil

HP = Hôpital de Hautepierre

PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières jusqu'au 31.08.2018)

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

Cspi : Chef de service par intérim

CSp : Chef de service provisoire (un an)

RPô (Responsable de Pôle)

ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Dir : Directeur

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05	Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur		

MO128	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0442 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0400 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme RUPPERT Elisabeth M0106	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02	Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01	Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073	• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHO Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	-------	------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRp6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (*1er septembre 2017 au 31 août 2020*)
 - BELLOCCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
 - MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans** (*1er septembre 2018 au 31 août 2021*)
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans** (*1er avril 2019 au 31 mars 2022*)
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (*1er septembre 2019 au 31 août 2022*)
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples,

je promets et je jure au nom de l'Être suprême

d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité

dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais

un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés

et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres

je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime

si je suis restée fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Mes remerciements

À mon Président du Jury,

Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

Vous m'avez fait le plaisir et l'honneur de présider ce jury. Votre contribution dans ma formation est des plus grandes. Vous m'avez accueillie au sein des unités du service de Psychiatrie 2 et avez partagé vos connaissances remarquables et précieuses. Vous m'avez toujours inspirée à poursuivre la réflexion et investir le travail avec justesse et humanité. Merci pour votre confiance.

À mes Juges,

Monsieur le Professeur Fabrice BERNA

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Je garde en mémoire la qualité de votre enseignement, dont j'ai pu bénéficier durant ma formation. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame la Professeure Carmen SCHRÖDER

Tu as accepté de juger mon travail et je t'en remercie. J'ai eu l'honneur et le plaisir de travailler dans ton service de pédopsychiatrie. Ton intelligence, ta persévérance, ta disponibilité et ta bonté m'ont toujours inspirée.

Monsieur le Docteur Sébastien WEIBEL

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Ta contribution dans l'élaboration de ce travail est très importante. Merci pour ton aide, ton soutien et ton accompagnement. Tu as toujours été disponible et à l'écoute.

À ma directrice de thèse,

Madame la Docteure Charlotte KRAEMER

Ma directrice de thèse et de mémoire, ma chef au cours des deux semestres d'internat, mon amie, tu as accepté d'emblée la direction de ce travail et je t'en remercie. Tu m'inspires beaucoup par ton travail, ta persévérance, ta finesse clinique et ton humanité. Merci pour ta motivation, ta disponibilité et ta patience dans l'élaboration de ce travail, et de tout ce que nous avons fait ensemble. Tu m'as toujours guidée, conseillée, formée, raisonnée et soutenue.

Je tiens à notre amitié et je garde en mémoire les moments de joie que j'ai pu avoir avec toi et ta famille.

À mes amis et collègues internes :

Yoann, Malik, François, Juliette, Flavien, Aurélia, merci pour vos encouragements.

À mes chefs, j'ai eu l'honneur et la grande chance d'apprendre à vos côtés :

Philippe, Laure, Pauline, Anaïs, Julie, Philippe, Dr Coutelle, Guillaume, Flore, Magalie, Dr Rusu, Dr Soltani, Dr Wertenschlag, Myriam, Julie, Lucille, Guillaume

Merci aux belles équipes soignantes avec lesquelles j'ai eu le plaisir de travailler :

Aux soignants d'Olympe de Gougues : Aurélia, Éric, Élisabeth, Valérie, Djamila...

À l'Elsau : Sosanna, Sabrina, Sylvie, Annie, Tristan, Eurgén, Maxime...

À l'EPSAN : au Centre pédopsychiatrique de Schiltigheim et au service Henri Ey.

Merci aux équipes de la clinique : des urgences jusqu'à l'hôpital de jour en passant par le 3011 et le 3013, sans oublier ceux qui nous accueillent tous les jours et aux belles personnes avec lesquelles j'ai eu le plaisir de travailler et j'espère retravailler : Saliha, Aude, Fathen, Anna, Anne-Claire, Valérie, Isabelle et Isabelle, Michelle, Rachida, Valérie, Pia ...

À ma famille je vous aime et je vous remercie

Narmin et Vasif, mes parents adorés. Vous nous avez tout appris, surtout que rien n'est impossible, si nous travaillons consciencieusement. Tous vos sacrifices n'ont pas été vains. Ma plus grande chance est d'être votre fille. Vous êtes les meilleurs parents et grands-parents.

Ma maman chérie, tu m'as transmis ton métier en insistant que soigner l'esprit est tout aussi important que soigner le corps. Mon papa, tout ce que je fais est pour te rendre fier. Я вас очень люблю. Все это - ради вас!

Bella, ma grand-mère chérie, je t'aime énormément et j'ai tellement hâte de te retrouver. Я люблю тебя, бабуся!

Eljan, mon frère, ma fierté, mon plus grand soutien. Merci pour ta confiance en moi, pour tes relectures, tes conseils, ton implication dans tout ce que je fais, vis, suis. Je t'aime de tout mon cœur.

Rufat, mon mari, mon ami et mon amour. Merci pour ta contribution, pour ta patience, ton amour sans limite et ton soutien sans fatigue. You are such a supportive husband and the most tender father. I love you so.

A mon Rafael, mon plus grand amour, моя мечта, мое чудо. Tu as rempli ma vie de joie, tu m'as transformée. Ton calme, ta patience et ta gentillesse m'ont permis de rédiger ce travail. Pardonne-moi toutes mes absences passées et celles à venir. Merci pour ton amour qui illumine mes jours. Я люблю тебя, моя красота

Merci à tous ceux qui sont loin, très loin, et ceux qui ne sont plus parmi nous, mais qui m'ont toujours soutenue, aimée et rêvaient de ma réussite.

Merci à Celui qui est ...

Sommaire

INTRODUCTION	20
I. LE TDAH DE L'ADULTE	23
<i>I. 1. Histoire du trouble, du TDAH de l'enfant vers le TDAH de l'adulte.....</i>	<i>23</i>
I. 1. A. Apparition et évolution du concept à travers les siècles	23
I. 1. B. Transition vers l'âge adulte	27
<i>I. 2. Épidémiologie internationale versus l'épidémiologie française</i>	<i>30</i>
<i>I. 3. Critères diagnostiques.....</i>	<i>32</i>
<i>I. 4. Impact du trouble chez l'adulte</i>	<i>34</i>
I. 4. A. Impact académique et professionnel	35
I. 4. B. Impact social et familial	39
I. 4. C. La conduite automobile	42
I. 4. D. L'impact personnel	43
<i>I. 5. Comorbidités du TDAH de l'adulte.....</i>	<i>47</i>
I. 5. A. TDAH de l'adulte et Troubles de l'humeur	47
I. 5. B. TDAH de l'adulte et Troubles de la personnalité	49
I. 5. C. TDAH de l'adulte et anxiété	50
I. 5. D. TDAH de l'adulte et troubles du sommeil	51
I. 5. E. TDAH de l'adulte et Troubles du Spectre de l'Autisme	53
I. 5. F. TDAH de l'adulte et addictions	54
<i>I. 6. Les approches thérapeutiques du TDAH de l'adulte.....</i>	<i>56</i>
I. 6. A. Le traitement pharmacologique du TDAH de l'adulte	57
I. 6. B. Traitement pharmacologique du TDAH de l'adulte en France.....	58
I. 6. C. Les modalités de prescription et la surveillance du traitement	59
I. 6. D. Efficacité du traitement du TDAH.....	60

I. 6. C. Les mesures non médicamenteuses dans le traitement du TDAH	62
II. DIFFICULTES LIEES AU DEPISTAGE, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DU TDAH DE L'ADULTE	64
II. 1. La vision du TDAH de l'adulte par les généralistes : auto-questionnaire	64
II. 2. La vision du TDAH de l'adulte par les psychiatres	72
II. 2. A. Les difficultés diagnostiques du TDAH de l'adulte	72
II. 2. B. TDAH et psychanalyse	73
II. 2. B. Les difficultés de prise en charge du TDAH de l'adulte	77
III. PROJET DE FORMATION SOUS FORME VIDEOGRAPHIQUE	82
III. 1. Intérêt du support audio-visuel	82
III. 2. Public visé	85
III. 3. Explication du projet	86
III. 3. Les vidéos	88
III. 3. A. Inattention, dispersion, procrastination	88
III. 3. B. L'impulsivité et l'hyperactivité	90
III. 3. C. Sommeil	92
III. 3. D. Le parcours médical antérieur à la consultation	92
CONCLUSION	95
ANNEXE 1	98
BIBLIOGRAPHIE	100

Introduction

L'attention est essentielle à de nombreux mécanismes, tels que l'apprentissage, l'exécution pratique, la socialisation, la mémorisation, la transmission de l'information mais surtout la survie de l'espèce. Dans le livre bestseller de cette décennie : *Sapiens, une brève histoire de l'humanité*, l'auteur Yuval Noah Harrari ne fait pas de distinction entre espèces lorsqu'il évoque la question de l'attention. « L'humain n'est pas le seul à se servir des capacités attentionnelles », affirme-t-il [1]. Ce que l'auteur semble avoir omis de développer, c'est que nous sommes les seuls à transformer l'attention en intelligence et donc un facteur de supériorité. « Un singe vert peut crier à ses congénères : « Attention, un lion ! », mais un humain moderne peut raconter à ses amis que, ce matin, près du coude de la rivière, il a vu un lion suivre un troupeau de bisons. Il peut indiquer l'endroit exact, y compris les différents sentiers qui y conduisent. Forts de cette information, les membres de sa bande peuvent y réfléchir et en discuter... » [1].

Dans la société moderne les capacités intellectuelles sont essentielles. En effet elles s'enrichissent et se cultivent dès le plus jeune âge, les rayons des magasins pour enfants sont remplis de jouets et de livres qui doivent faire de votre un enfant un petit génie. Elles se mesurent à tous les niveaux et dans tous les domaines, d'abord par des nuages et des soleils, puis par des notes, des moyennes générales, des classements, etc. Les individus qui n'ont pas au moins le niveau moyen sont stigmatisés voire exclus de la société, dès le plus jeune âge. Il est donc évident que toute altération des capacités attentionnelles crée un handicap majeur, qui

peut entraver la formation académique classique. Les échecs répétitifs dans les milieux professionnel, social ou même familial ont un impact narcissique majeur.

C'est au courant du XVIII^e siècle que les médecins commencent à s'intéresser aux enfants et adultes qui ont des altérations du comportement et des capacités intellectuelles, sans pour autant présenter de pathologies ni de retard mental connus. Aujourd'hui plus de la moitié des consultations pédopsychiatriques concernent « les enfants-perturbateurs », adressés par l'école. Mais qu'en est-il des adultes que ces enfants deviendront ou des adultes qui au cours de leur enfance ne manifestaient pas d'altération du comportement ou ont été simplement tout de suite puni sans qu'on cherche à comprendre les raisons de leur comportement. Les adultes n'ont pas de maitresse d'école qui serait là pour observer et prendre note de leur comportement, ni pour signaler un problème, nécessitant une exploration et une prise en charge adaptée.

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est défini dans la classification internationale du DSM 5 selon les critères bien précis. Par contre la communauté psychiatrique reste toujours autant partagée qu'il y a des dizaines d'années, malgré l'existence de nombreuses publications, des recherches cliniques menées avec succès, des pratiques internationales.

Les psychiatres ne peuvent pas se désintéresser de ce syndrome, les médecins généralistes qui sont des acteurs clés dans le cadre de la médecine de ville sont aussi confrontés à ce trouble. Dans leur cas une difficulté supplémentaire se rajoute du fait de leur rôle du premier interlocuteur face à un patient avec TDAH, mais aussi celui du prescripteur du traitement en cas de renouvellement de l'ordonnance.

Les patients TDAH n'ont souvent pas de suivi psychiatrique, ainsi leur médecin traitant est leur premier recours, d'où l'intérêt pour ces professionnels de santé d'être bien renseignés pour pouvoir dépister le TDAH chez les adultes et pouvoir les orienter vers les spécialistes, qui

à leur tour peuvent pousser les investigations, poser le diagnostic, proposer des tests neuropsychologiques pour repérer les domaines de difficultés et mettre en place des modalités thérapeutiques nécessaires.

Après avoir repris les grandes lignes définissant l'histoire, la sémiologie et la clinique du TDAH de l'adulte, nous explorerons les difficultés que les médecins rencontrent dans le dépistage, la décision diagnostique et la prise en charge de ce trouble. Finalement nous décrirons le travail qui est au cœur de cette thèse : les entretiens filmés des patients qui se sont présentés en consultation spécialisée de psychiatrie. Nous expliquerons en quoi ce type de support pourrait être utile à la formation initiale et continue des médecins généralistes et des psychiatres.

I. Le TDAH de l'adulte

La première partie de ce travail est consacrée à la définition du TDAH, son évolution dans le temps, dans l'espace, à travers les disparités épidémiologiques dans des pays différents. Nous nous intéresserons à la définition sémiologique du trouble chez l'adulte, à son impact, à ses comorbidités et finalement aux différents traitements, qui existent en France et dans le monde.

I. 1. Histoire du trouble, du TDAH de l'enfant vers le TDAH de l'adulte

I. 1. A. Apparition et évolution du concept à travers les siècles

La première description du trouble remonte au XVIII^e siècle, plus précisément en 1775, quand un médecin allemand Melchior Adam Weikard s'intéresse aux enfants et aux adultes impulsifs, facilement distraits, manquant de persévérance et d'attention [2]. Une vingtaine d'années après Weikard, c'est un illustre médecin écossais, Sir Alexander Crichton, qui introduit la notion « d'inconstance de l'attention » dans son article, qui est resté aux archives jusqu'en 2001 [3].

Crichton a beaucoup de notoriété à son époque. Il est ami de Pinel, qui le décrit comme un des auteurs qui ont contribué à « la marche progressive des lumières sur le caractère et le traitement de l'aliénation mentale » [4], membre de l'Académie nationale de médecine en France ainsi que de l'Académie des Sciences de Saint-Petersbourg. Il est également le médecin personnel de Tsar.

Dans son livre *On attention and its Diseases*, paru en 1798, il a pu décrire des cas dont la symptomatologie semble similaire au TDAH actuel. Sa définition de l'attention a été la

suivante : « Une personne est dite attentive, quand tout objet extérieur à ses sens, ou ses pensées, occupe son esprit au point qu'elle est incapable d'avoir une perception claire d'un autre objet ». Une distraction n'est pas anormale pour autant, la capacité attentionnelle varie d'une personne à l'autre et pour la même personne en fonction des circonstances [5].

Selon Crichton les altérations peuvent être résumées en deux grandes lignes : l'incapacité de rester attentif avec un degré de constance nécessaire, l'absence d'effet de cette attention sur l'esprit. Il distingue également le trouble inné, de celui qui peut être causé par « une maladie des nerfs » [5]. Il parle également d'une impulsivité et d'un certain degré d'agitation et de colère, sans pour autant distinguer le symptôme d'hyperactivité [6].

Une centaine d'années plus tard un autre médecin allemand Hoffmann écrit une histoire pour son propre fils chez lequel il observe des signes d'inattention, de maladresse, de manque de concentration et d'impulsivité. L'histoire s'intitule : *Die Geschichte von Zappel-Philipp* (L'Histoire du Philippe-le-surexcité) [7]. Le « Fidgety Phil » en anglais, il est devenu une sorte d'allégorie d'enfant hyperactif.

Au début du XXe siècle à Londres au sein du fameux King's College, Sir George Frederic Still, médecin renommé, publie des conférences sur 43 jeunes patients tirés de sa pratique clinique. Ils présentent tous des difficultés d'attention soutenue, une incapacité à évaluer les conséquences d'une action, une mauvaise régulation émotionnelle et une sensibilité réduite à la punition [8].

En s'inspirant des travaux de Bourneville de la fin du XIXème siècle et notamment *Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie* les médecins français Jean Philippe et Georges Paul-Boncour s'intéressaient principalement à l'évolution des enfants en milieu scolaire. *Les anomalies mentales chez les écoliers* est une étude médico-pédagogique, datant de 1905, qui parmi plusieurs types de pathologies, distinguait : « L'écolier instable qui est un

enfant mentalement anormal, qui ne peut fixer son attention soit pour écouter, soit pour répondre, soit pour comprendre ». Les auteurs décrivent toute une population pédiatrique, présentant les mêmes traits, observés en milieu scolaire : « les instables ont une mobilité physique exubérante. Ils ne restent en place nulle part, se lèvent à chaque instant, sans motif (...) Leur mobilité intellectuelle n'est pas moindre » [9].

Le fondateur de la psychiatrie moderne, Emil Kraepelin, propose une description de l'hyperactivité, mais chez les adultes. Dans son ouvrage, paru en 1915 il décrit les personnes, qui sont « *haltlosen* » ou « instables » en français : « Ce qui révèle avant tout ces adultes, c'est leur incapacité totale à un travail dans la durée et dans le fond. Ils commencent avec beaucoup de zèle, mais leur élan retombe très vite. Ils sont distraits, se dispersent, perdent l'envie, se laissent aller à des fautes grossières et à des négligences » [10]. Il insiste sur la continuité des symptômes depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte « à l'école, de grandes espérances peuvent être attachées à leurs dons, mais ils ne les remplissent pas, (...) la faute à leur inattention et à leur manque de fiabilité » [11].

La nouvelle dénomination de « Maladie Hyperkinétique de l'Enfance » est formulée par Franz Kramer et Hans Pollnow en 1932. Ils définissent le trouble par les symptômes suivants: impossibilité de se tenir tranquille, une hyperactivité motrice, qui se distingue par un aspect urgent, une difficulté à terminer sa tâche, une incapacité à maintenir son attention sur une tâche difficile et un manque de persévérance, sauf si l'enfant est stimulé [12].

Longtemps considéré comme un trouble de l'enfance, spontanément résolutif à l'adolescence et donc inexistant à l'âge adulte, le « *Minimal Brain damage or Dysfunction* » commence à intéresser les chercheurs. Un des premiers pas vers l'idée que les symptômes pourraient persister est annoncé dans l'article qui date de 2002. Barkley et ses collègues ont mené une étude dans la population des jeunes adultes avec TDAH versus les témoins. Les auto-évaluations ont été utilisées, ainsi que les évaluations par les parents. Les résultats retenus,

montraient que plus de 50 % des enfants gardaient les symptômes plus tard à l'âge adulte [13]. Aux États-Unis les chiffres sont plus élevés avec une persistance du TDAH chez 60 à 70 % des enfants [14].

Le fait que les symptômes puissent être présents chez les adultes semble faire son chemin, mais de manière très lente et prudente. La revue de la littérature de Davidson en 2008 suggère que seulement les éléments attentionnels persistent avec l'âge, alors que l'hyperactivité disparaît [15]. L'ouvrage allemand, paru en 2005, *Wissenschaftsgeschichte der ADHS* parle des implications du TDAH à l'âge adulte [16], sans pour autant reconnaître l'existence du trouble après l'enfance.

Le DSM 2, paru en 1968 mentionne le « *Hyperkinetic Reaction of Childhood* » défini par « une hyperactivité, une incapacité à rester tranquille (*restlessness*), une distractibilité et une faible capacité d'attention, principalement chez le jeune enfant; ce comportement diminue habituellement à l'adolescence » [17]. S'agit-il d'une définition qui commence à devenir plus précautionneuse concernant la persistance des symptômes à l'âge adulte ?

En effet il faudra attendre l'an 2000, après l'édition de deux nouveaux DSM, pour que la persistance des symptômes à l'âge adulte soit reconnue par la communauté internationale. Historiquement, le rôle du système nerveux central est primordial dans l'explication physiopathologique du TDAH, le réseau préfrontal striatal étant plus petit chez les enfants TDAH [18]. Avec le développement des techniques d'imagerie, les études ont pu être poussées plus loin. Les médecins commencent également à s'intéresser à l'origine du trouble : s'agit-il d'un déficit inné ou environnemental ?

Outre les anomalies structurales du cerveau, la question de la composante génétique émerge. Les avis sont partagés, mais le caractère congénital est retenu comme primaire avec le rôle de l'environnement dans l'entretien voire la péjoration des symptômes. L'étude de

Biederman [19] évalue le risque de troubles psychiatriques chez les apparentés au premier degré des patients TDA sans hyperactivité (selon le DSM-3, dont l'étude est contemporaine), versus les patients atteints d'autres troubles psychiatriques confondus, versus contrôle. Les résultats ont été significatifs, avec la mise en évidence d'un risque accru de développer le TDA, le trouble de l'humeur ou le trouble du comportement antisocial, chez les apparentés des patients avec TDA sans hyperactivité.

Ce n'est que dans le DSM-4 que le TDAH n'est plus réservé exclusivement à l'enfant et l'adolescent et ne disparaît pas à l'âge adulte. La nouvelle définition du trouble le qualifie de chronique et persistant à l'âge adulte dans de nombreux cas [20]. *The American Psychiatric Association* a ainsi accrédité le trouble chez l'adulte. Les exemples des difficultés dans le milieu professionnel sont également inclus pour offrir une meilleure description des symptômes à l'âge adulte [13].

Après avoir brièvement retracé l'évolution du concept du TDAH à travers les siècles, nous nous intéresserons à sa description chez l'adulte.

I. 1. B. Transition vers l'âge adulte

Comme nous avons pu voir précédemment, malgré les tentatives d'étudier le TDAH chez l'adulte, avant le XXI^e siècle la littérature décrivait les cas principalement chez l'enfant. En ce qui concerne le dépistage et la proposition diagnostique cela peut s'expliquer par le fait que la population concernée, donc les enfants, se retrouvait concentrée dans le milieu scolaire, qui est un lieu idéal pour l'étude et l'observation du comportement et des capacités d'apprentissage.

Au contraire le postulat, que le TDAH disparaît à l'âge adulte, qui est resté dans les esprits des médecins, même à nos jours, semble venir de nulle part. Ou bien, cela pourrait être dû au fait que le TDAH n'est pas toujours considéré comme une maladie, mais plutôt comme « un groupe de symptômes représentant un comportement final pour tout un diapason des problèmes émotionnels, psychologiques et/ou des problèmes d'apprentissage ». L'article de Furman paru en 2005 s'appuie sur le fait que les symptômes « de base » du TDAH ne sont pas spécifiques à ce trouble, mais se retrouvent également dans d'autres pathologies [21].

Le nombre de publications sur le sujet ne cesse d'augmenter. En 2000 nous avons 44 publications sur le site PubMed, actuellement le terme « *adult ADHD* » recense 1817 publications, ce qui semble un progrès assez important en 20 ans. Cependant lorsque nous ajoutons le filtre « *Langue française* », le nombre de publications passe alors à 62. Cela nous montre à quel point la recherche sur le sujet est encore insuffisante à l'échelle nationale. Le premier pas vers l'étude de cette pathologie chez l'adulte serait bien évidemment l'observation de l'évolution des symptômes des enfants diagnostiqués au cours des années.

La mise évidence de ce fait a été entreprise par Biederman et Faraone en 1996. Les auteurs ont pu montrer la persistance du TDAH chez les enfants et les adolescents âgés entre 6 et 17 ans. L'étude du suivi s'étalant sur quatre années consécutives montre que 85 % des sujets gardent la même symptomatologie. La rémission n'a été observée que chez 15 % de la population étudiée [22].

Par la suite les mêmes auteurs ont démontré qu'il existe une décroissance symptomatique du TDAH avec l'âge [23]. L'article est paru en 2006 à l'époque du DSM-4, les auteurs ont donc utilisé les critères du moment. Par ailleurs les résultats ont été différents en fonction de la méthodologie. Le taux de persistance n'était que de 15 % lorsqu'ils étudiaient les symptômes au sens strict, avec la persistance de toutes les manifestations du TDAH à l'âge de

25 ans. Par contre le taux s'élevait à 65 % lorsque les critères de rémission partielle ont été inclus également [23].

Après avoir conclu à la persistance au moins partielle des symptômes du TDAH à l'âge adulte de nombreuses études se sont intéressées aux facteurs prédictifs de la persistance du TDAH. Ce sont la sévérité des symptômes, le niveau du QI (Quotient Intellectuel), ainsi que les conditions socio-économiques de la famille [24] [25].

Dans l'article britannique paru en 2016, les auteurs ont recensé une cohorte de 2332 jumeaux nés entre 1994 et 1995 en Angleterre et aux Pays de Galles. Les enfants avec TDAH étaient au nombre de 247. Parmi eux 21,1 % ont gardé les symptômes à l'âge de 18 ans. Les résultats concernant les facteurs prédictifs, mentionnés plus haut, ont été les mêmes. Cependant les auteurs sont allés plus loin en recensant les adultes présentant le TDAH, chez lesquels ont été recherché les symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité avant ou à l'âge de 12 ans. Sur une population de 162 individus adultes atteints, 67,9 % ne rapportaient pas de critères symptomatiques dans l'enfance, bien au contraire, ils ne présentaient pas de troubles de comportement et avaient un QI plus élevé que le groupe avec le TDAH persistant depuis l'enfance [25].

Une étude similaire, menée un an plus tôt en 2015 et en Nouvelle Zélande, a recensé une population de taille similaire, mais plus âgée. Près de 90 % des individus diagnostiqués TDAH à l'âge adulte ne rapportaient pas de symptômes dans l'enfance [26].

Ce type de données pousse les chercheurs à poursuivre les investigations et même reconsidérer l'origine du trouble. S'agit-t-il d'un sous-type qui apparaît à l'âge adulte et non pas durant l'enfance, ou bien s'agit-il d'une étiologie complètement différente. La vitesse du

progrès n'est pas la même à l'échelle internationale. Le monde anglophone est très en avance par rapport à la France, cette disparité peut être objectivée grâce aux données épidémiologiques.

I. 2. Épidémiologie internationale versus l'épidémiologie française

L'épidémiologie du TDAH de l'adulte outre l'étude de la fréquence et de la distribution de la pathologie dans le monde a pour but de mettre en évidence les différences de l'adoption du concept même. La prévalence du TDAH dans le monde est estimée entre 5 et 8 % pour les enfants et entre 2 et 4 % pour les adultes [27].

En s'appuyant sur les données des enquêtes recueillies par l'OMS (Organisation Mondiale de Santé) dans une vingtaine de pays, nous trouvons une prévalence moyenne de 2,8 %, avec les résultats qui vont de 1,4 % jusqu'au 3,6 % [28]. La revue de littérature de 2009, qui utilisait la description proposée par le DSM-4, annonçait le chiffre de 2,5 % (95 % IC : 2,1-3,1) pour la distribution dans la population adulte [29]. La méthodologie utilisée, plus particulièrement le type de questionnaire, est un facteur déterminant dans l'estimation de la prévalence [30]. Par ailleurs il a été trouvé que les disparités dans les résultats sont dues avant tout au niveau socio-économique du pays [28].

Le plus grand nombre d'études sur le TDAH de l'adulte est mené aux États-Unis. La prévalence américaine du trouble en 2006 est de 4,4 % dans la population générale. D'autres sources proposent un chiffre plus important de 5,2 %, tiré de l'Enquête Nationale sur les Comorbidités [14]. Les auteurs américains ne se contentant pas de ces données, qui sont une démonstration des disparités existant en matière de reconnaissance et du traitement du TDAH de l'adulte, ont décidé de mener des études épidémiologiques plus poussées. Ils ont par exemple utilisé des facteurs sociodémographiques comme une appartenance à une sous-population ethnique, le sexe, le niveau d'éducation, le statut marital.

Le résultat de cette étude a été le suivant : le sexe masculin, le niveau d'études plus élevé, l'appartenance à la « race blanche non-hispanique » ainsi que le statut de divorcé, étaient corrélés à un risque plus important d'être diagnostiqué TDAH de l'adulte [14] [31].

La différence entre les continents peut s'apercevoir déjà avec la situation en Allemagne où la prévalence du TDAH de l'adulte est moins importante qu'aux États-Unis actuellement : 5,2 % aux États-Unis versus 4,7 % en Allemagne. Les facteurs de risque pour la population allemande sont un plus jeune âge, le faible niveau d'études, le chômage, le célibat ou le divorce ainsi que l'appartenance à la population rurale. D'après les études il n'existe aucune association avec le sexe [32].

La revue de littérature trouve très peu de données épidémiologiques pour la France. L'étude qui a été menée à Nice, France propose la prévalence, qui est basse, seulement de 3 %. Les auteurs n'ont pas pu mettre en évidence de différence significative entre les sexes ni les tranches d'âge [33].

La prévalence est par ailleurs étroitement liée à la méthodologie utilisée. Ainsi pour la même population les auteurs ont obtenu la prévalence de 11,27 % en utilisant le questionnaire à 6 items (4 sur l'inattention et 2 sur l'hyperactivité) de l'ASRS (ADHD symptoms Self-Report), de 8,37 % en utilisant la version complète de l'ASRS et chute à 2,99 % lorsqu'on utilise l'algorithme à deux étapes (qui permet d'avoir une probabilité plus élevée de diagnostic positif) [33].

Une étude plus récente de 2018 réalisée sur une cohorte de 1517 étudiants français des universités de Paris Nanterre et de Rouen trouve la prévalence de 5,6 %. Il s'agissait dans ce cas d'une population de jeunes adultes, avec la moyenne d'âge de 20,6 ans. La prévalence du TDAH parmi les jeunes hommes a été plus importante, de 7 %, tandis que parmi les femmes de 4,9 % [34]. Les données de cet article sont très intéressantes même si la population étudiée n'a

pas été représentative de la population générale du pays. Les étudiants sont en effet une population très vulnérable face au TDAH en raison de l'impact du trouble et de ses comorbidités. Nous détaillerons ces propos dans les parties qui suivent ainsi que les critères diagnostiques qui actuellement définissent le trouble.

I. 3. Critères diagnostiques

Après avoir observé l'évolution du concept du TDAH nous pouvons évoquer la définition actuelle du trouble telle qu'elle figure dans les référentiels et telle qu'elle est utilisée pour mener des études scientifiques.

La version contemporaine de la référence dans le monde psychiatrique, le DSM-5 propose la définition du TDAH qui est jointe en (Annexe 1). Les symptômes sont distingués en deux types : l'Inattention et/ou l'Hyperactivité et l'impulsivité. La triade symptomatique est tout de même sujette à des remaniements au cours de la vie d'une personne avec TDAH. Les profils sont également différents avec une expression prépondérante d'un tel ou tel type de symptômes. Trois présentations cliniques prévalent : la composante d'inattention prédominante, la composante d'hyperactivité/impulsivité prédominante et la présentation combinée, qui est la plus fréquente chez les adultes. Les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité semblent évoluer positivement au cours de la vie. L'inattention au contraire persiste de manière constante [35].

Le diagnostic du TDAH de l'adulte est clinique et repose sur une recherche minutieuse des critères en faveur du trouble comme ils sont énoncés dans le DSM-5. Dans cette description il existe un paragraphe supplémentaire spécifiant le cas des grands adolescents et des adultes de plus de 17 ans, chez lesquels au moins cinq symptômes d'inattention sont requis. En ce qui

concerne les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité six ou plus symptômes sont requis. L'existence des symptômes doit être mise en évidence avant l'âge de 12 ans, grâce à l'interrogatoire rétrospectif [36]. Ainsi toute information relative à l'enfance du patient peut être utile au clinicien : des observations scolaires, des dires des parents et de l'entourage familial et amical.

La durée de présence des symptômes doit être d'au moins six mois et interférer avec le fonctionnement et le développement [36]. Le clinicien doit également évaluer la sévérité de la symptomatologie, son retentissement fonctionnel ainsi que les comorbidités présentes. Tout cela est essentiel à l'élaboration de la prise en charge ultérieure, évaluation de l'efficacité du traitement.

Il existe également des questionnaires de dépistage qui peuvent orienter le clinicien dans sa démarche diagnostique. L'outil recommandé par l'OMS est l'ASRS (ADHD Self-Report Scale-V). Il se présente sous forme d'un auto-questionnaire de dix-huit items en concordance avec les critères diagnostiques du DSM-5, dont les six premiers constituent une version courte dite « screener ». La dernière version de l'ASRS en accord avec le DSM-5 n'a pas encore été validée en langue française [27][37]. Les questionnaires qui existent en version française sont :

1) ACE+ (ADHD Child Evaluation), qui réunit les critères du DSM-5 et du CIM-10 (Classification Internationale des Maladies)

2) DIVA (Diagnostic Interview for ADHD in Adults, qui doit être révisé selon les critères actuels du DSM-5 [27].

Nous pouvons également mentionner l'échelle WURS (Wender Utah Rating Scale). Cet échelle est destinée aux adultes et a été développée dans le but d'évaluer la présence et la sévérité des symptômes TDAH durant l'enfance [38]. Ce questionnaire est validé en français et est souvent utilisé dans les études. La version courte du questionnaire comprend vingt-cinq

items [37]. Les questions sont regroupées en quatre clusters : problèmes émotionnels et affectifs, l'impulsivité et les troubles des conduites, l'impulsivité-hyperactivité, les difficultés attentionnelles. Les réponses sont cotées de 0 à 4 suivant l'intensité. Le score global est calculé et comparé au score maximal de 46 objectivant la présence de la symptomatologie en faveur du TDAH durant l'enfance [39]. Ce test n'a pas pour but d'établir le diagnostic, mais plutôt de repérer les symptômes invalidants et observer leur évolution.

Le tableau clinique du TDAH chez l'adulte est moins bruyant que chez l'enfant. L'hyperactivité et l'impulsivité sont susceptibles de s'amender avec la maturation cérébrale, ainsi qu'avec des aménagements cognitifs. Ils perdent en intensité au profit de l'agitation interne, la tachypsychie, la logorrhée et l'instabilité motrice séquellaires. Cela doit être exploré lors de l'interrogatoire et soigneusement observé en consultation [40] [41].

L'inattention à son tour est également sujette à des remaniements. Avec l'expérience les patients développent des attitudes de compensations qui doivent aussi être recherchées [11].

Les manifestations cliniques du TDAH de l'adulte sont importantes à évaluer dans la prise en charge du trouble, mais le poids de leurs conséquences peut être aussi voire plus lourd à porter. Nous pouvons observer dans quelle mesure le trouble impacte la vie d'une personne.

I. 4. Impact du trouble chez l'adulte

Le TDAH de l'adulte peut impacter tous les aspects de la vie de la personne. Les conséquences du trouble touchent la sphère académique et professionnelle, ainsi que le fonctionnement social et familial de la personne, mais surtout la vie personnelle et l'estime de soi.

Le vécu de la maladie à travers les conséquences qu'elle génère est similaire dans des pays différents. L'étude menée dans sept pays : les États-Unis, le Canada, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Italie et le Royaume-Uni, a eu pour but de recenser le vécu de l'impact du TDAH de l'adulte sur la vie d'une personne atteinte. Les résultats suggèrent que l'impact du trouble est vécu de manière absolument similaire peu importe le pays. Malgré la variabilité de la prévalence du trouble, avec les États-Unis en tête, ainsi que les travaux de recherches surtout américains, l'idée reçue, que le TDAH est une « maladie américaine » s'avère être complètement fausse. Le mode de vie américain en quête constante d'améliorer ses performances et une grande compétitivité n'affectent donc pas les personnes avec le trouble plus qu'ailleurs [42].

I. 4. A. Impact académique et professionnel

Le TDAH est dépisté dans la majorité des cas avec le début de la scolarité de par son impact académique important. Les enfants diagnostiqués TDAH présentent un profil de connaissance très hétérogène avec surtout des problèmes de lecture dès l'école maternelle [43]. Les symptômes du TDAH qui affectent directement l'éducation sont le défaut de modulation de l'attention, les oublis, la mauvaise organisation, la mauvaise mémoire du travail, la procrastination, des difficultés à suivre des instructions et exécuter des tâches laborieuses ou demandant un effort mental soutenu [27].

La persistance de la symptomatologie chez les jeunes adultes avec TDAH met en jeu leur avenir académique. D'après la revue de littérature concernant le sujet de la réussite universitaire des personnes présentant le TDAH de l'adulte, 79 % des études montrent que leurs résultats sont inférieurs à ceux de leurs pairs [44]. Cependant les deux sexes ne sont pas égaux

face à l'impact académique du TDAH. En effet l'étude menée à Nice, que nous avons déjà citée, montre que les femmes TDAH ont des meilleurs résultats et un niveau d'éducation plus élevé que les hommes, avec un OR de 0,557 [33].

Une étude récente réalisée au Royaume-Uni et en Irlande suggère que les personnes avec TDAH ont peu de probabilité d'entamer des études supérieures. Parmi ceux qui vont tout de même s'engager dans un cursus universitaire, très peu termineront en même temps que leurs collègues sans trouble [45]. Selon une étude française les étudiants avec un probable TDAH redoublaient plus souvent et considéraient leur niveau d'étude comme insuffisant [34].

L'arrivée en enseignement supérieur est en soi un défi pour les jeunes adultes avec TDAH. Dans la culture nord-américaine c'est un moment particulier du départ du domicile et d'une nouvelle vie dans des campus, où ils sont livrés à eux-mêmes. Par ailleurs le travail ne doit pas être fourni de manière régulière, les contrôles continus sont remplacés par des devoirs à rendre à des échéances et des examens à préparer en solitaire.

La plupart des étudiants TDAH rapportent des mauvais résultats, un travail peu efficace, une procrastination, mais aussi de nombreuses préoccupations sociales et des questionnements sur leurs choix de carrière. Cela entraîne un état de détresse émotionnelle et par conséquent la quête de moyens pour y remédier comme l'alcool, le cannabis et d'autres substances narcotiques [46]. Ce sont d'ailleurs surtout les symptômes d'inattention qui ont un impact négatif sur les habitudes de travailler [47].

Une meilleure organisation et des changements dans les habitudes peuvent améliorer les résultats plus que le traitement. Au contraire même la prise régulière des médicaments psychostimulants ne modifie pas l'estime de soi [48], d'où l'apport indispensable du traitement psychothérapeutique, même lorsqu'un traitement psychostimulant efficace est mis en place.

Cela soulève un aspect supplémentaire du trouble : la mauvaise estime de soi, voire une auto-stigmatisation.

L'impact du TDAH de l'adulte sur la vie professionnelle est également très important, voire plus conséquent. Avec la maturation de l'individu la détérioration associée au TDAH se fait sentir de plus en plus. Ceci est dû surtout aux symptômes tels que la mauvaise organisation personnelle, la distractibilité, les oublis, la mauvaise gestion du temps, l'impatience, l'impulsivité [49]. L'impulsivité en soi conduit à une grande instabilité sur le plan professionnel avec des changements fréquents d'emplois par lassitude, voire abandon de poste [27].

Un adulte avec le TDAH risque de rencontrer des difficultés dans le monde du travail à chaque étape de sa vie professionnelle. Au moment de la recherche d'emploi les défis sont nombreux avec la nécessité de rester organisé pour la rédaction du Curriculum Vitae, honorer les rendez-vous d'embauche, mais également contrôler son instabilité motrice et tendance à interrompre au moment de celui-ci. A cela s'ajoute un niveau d'étude souvent insuffisant et une probable histoire professionnelle précédente marquée par des échecs. En effet le risque de se retrouver au chômage est plus élevé pour une personne avec TDAH, que pour une personne non-atteinte. Les études proposent un OR de 2,0 [50].

Par ailleurs des études norvégiennes sur une cohorte de 414 patients adultes avec TDAH trouvent que seulement 24 % étaient insérés professionnellement, comparé à 79 % parmi les témoins [51] [52].

Dans le milieu professionnel de nombreuses manifestations cliniques du trouble sont susceptibles de perturber le fonctionnement de la personne au travail. L'inattention, les oublis, le manque de concentration pour des tâches laborieuses et répétitives, ainsi qu'une grande distractibilité conduisent à des erreurs au travail.

D'après une étude britannique réalisée dans une grande manufacture, le TDAH est associé à une réduction des performances au travail estimée à 4-5 %, ainsi qu'à un risque plus élevé d'absentéisme en raison d'une maladie (OR de 2,1) et d'accident du travail dans l'année (OR de 2,0) [53].

Les symptômes d'hyperactivité à leur tour ont une expression plus cognitive à l'âge adulte. A la composante attentionnelle et hyperactive s'ajoutent des troubles dysexécutifs avec un défaut d'anticipation, de planification, de gestion du temps et des difficultés de hiérarchisation des tâches [27]. Entre autres les adultes avec TDAH présentent une détérioration de la mémoire spatiale de travail, qui s'accroît avec la difficulté de la tâche [54].

Pour comprendre le fonctionnement des personnes avec TDAH, une étude a exploré leur capacité de planification. Pour cela les auteurs ont utilisé le *London Tower test*, qui mesure la latence de planification et la justesse de la réponse en fonction de la difficulté de celle-ci. Les sujets contrôles sont capables d'adapter leur temps de réflexion sur une question afin de fournir une réponse juste. Ainsi avec la difficulté de la question qui augmente, la latence de planification augmente également, afin de préserver la justesse de la réponse. Le sujet TDAH au contraire est incapable de fonctionner de cette manière. D'après les résultats il n'existe pas d'augmentation du temps de réflexion, l'exactitude des réponses par conséquent diminue. Cela est dû au défaut d'inhibition qui est une des manifestations cliniques du trouble, qui se traduit par une mauvaise gestion du temps et un manque d'hiérarchisation des tâches [55].

Les manifestations symptomatiques sont sans doute pénalisantes dans le monde du travail classique d'aujourd'hui, mais il existe également une autre facette de cette médaille. L'attention n'est pas absente chez les personnes avec TDAH, elle est fluctuante, ce qui veut dire, que lorsque la tâche est intéressante et stimulante, ils sont capables d'une grande

performance, voire d'hyperfocalisation. Cela conduit également à des profils « workaholic », obsessionnel, voire un perfectionnisme maladif. Autre explication à ce type de fonctionnement peut se trouver dans des stratégies d'adaptation que la personne (ou ses parents) qui vit avec ce trouble a pu élaborer au cours de sa vie [27] [56]. Ce type d'aménagements cognitifs peut être tellement ancré dans le fonctionnement de la personne, au point de devenir un automatisme réflexe et donc imperceptible.

De nombreux articles calculent les journées d'absences, les pourcentages de diminution des performances, le coût d'avoir un employé TDAH dans des pays différents. Ces chiffres sont impressionnants et invitent à une réflexion sur les aménagements possibles, la prise en charge adaptée des personnes avec TDAH, voire le concept même du travail.

I. 4. B. Impact social et familial

Le retentissement du TDAH ne se limite pas à la sphère académique et professionnelle, le fonctionnement relationnel et familial sont également perturbés, en raison des symptômes, mais aussi de leurs conséquences.

Pour un enfant avec TDAH l'impact social s'observe surtout dans le milieu scolaire dans les relations interpersonnelles avec ses pairs, mais aussi avec les adultes qui ont une certaine autorité vis-à-vis de lui. Au sein de sa propre famille ses relations avec les parents et la fratrie seront des indicateurs du fonctionnement pathologique. Ce qui en ressort la plupart du temps c'est un comportement perturbateur, une impulsivité, une opposition, voire une provocation. Avec l'adolescence puis l'entrée en âge adulte des problèmes propres à cette étape de vie apparaissent. Il s'agit des relations amoureuses et sexuelles, de la conduite automobile ;

les addictions et les manifestations psychiatriques des comorbidités seront développées ultérieurement.

Les personnes avec TDAH décrivent des difficultés dans les relations interpersonnelles, notamment en ce qui concerne l'établissement des relations intimes durables [57]. Bien avant l'entrée en âge adulte, pendant la période d'adolescence, les études suggèrent des disparités dans les relations amoureuses des jeunes avec TDAH et de leurs pairs avec un « développement typique ». Ils rapportent un nombre de partenaires deux fois plus important, et cela rien qu'entre 13 et 18 ans. Les jeunes filles TDAH ont des relations amoureuses plus courtes et les jeunes garçons TDAH débutent la vie sexuelle plus tôt, avec la première relation sexuelle deux ans avant leurs pairs [58]. Les choses ne s'améliorent pas par la suite, car le même impact s'observe chez les jeunes étudiants, avec les manifestations cliniques du TDAH comme l'inattention, l'impulsivité, ainsi que la dysrégulation émotionnelle qui sont responsables des relations trop instables [59].

Le TDAH est marqué par une contradiction des relations sociales avec d'un côté des difficultés à établir des relations intimes et de l'autre côté un comportement sexuel à risque. Les jeunes adultes américains et chinois avec TDAH rapportent une peur de l'intimité, des attentes très faibles de la qualité des relations intimes et se croient peu compétents dans le domaine [60].

L'étude Taiwanaise réalisée en 2017 suggère que les jeunes adultes avec TDAH présentent un risque plus élevé de conduites sexuelles à risque et de contraction d'une infection sexuellement transmissible, que leurs pairs sans TDAH. Ce risque augmente en cas d'abus de substances narcotiques associé, surtout chez les femmes [61].

Ils sont globalement insatisfaits de leur vie sociale et familiale. Les divorces sont deux fois plus importants dans cette tranche de population [57]. Les thérapeutes qui s'occupent des couples rencontrent très souvent les personnes avec TDAH, sans que le thérapeute, le consultant

ou son partenaire s'en rendent compte. Les plaintes du « couple atteint du TDAH » sont souvent la colère, le manque de communication, l'anxiété, la dépression, la frustration des deux partenaires, explique la psychologue Melissa Orlov dans un des chapitres de l'ouvrage américain *The Distracted Couple* [62]. Quand les personnes avec TDAH arrivent à fonder une famille au sein de celle-ci ils rapportent souvent de nombreux conflits et un environnement insécure. En tant que parents ils ont l'impression de manquer de techniques et du savoir-faire dans les relations avec leurs enfants [63].

L'étiologie génétique du TDAH est bien connue, mais qu'en est-il de la réalité quotidienne de ce type de famille ? Plusieurs cas de figure se présentent alors. Un, voire les deux parents TDAH peuvent se retrouver à élever un enfant avec ou sans TDAH. De nombreux facteurs non seulement héréditaires, mais aussi de l'environnement familial auront un impact sur le développement de l'enfant. Les études suggèrent que l'exposition à un TDAH parental mène à de nombreux conflits entre parent et enfant et une moindre cohésion intrafamiliale. De manière surprenante l'effet du TDAH du parent à un effet néfaste plus important sur la descendance non-atteinte du trouble que sur les enfants atteints, surtout au niveau des performances scolaires [64]. L'effet du TDAH parental est sans doute notable, mais il est globalement contradictoire. La méta-analyse de trente-deux études sur le TDAH et la parentalité suggère que dans 2,9 % des situations, les techniques parentales ont été trop sévères, dans 3,2 % l'éducation a été trop laxiste et dans 0,5 % des cas le fait d'avoir un parent TDAH peut quand même avoir un effet positif [65].

Plusieurs domaines de la vie impactés par le TDAH de l'adulte peuvent être évoqués et nous sommes conscient que la liste pourra difficilement être exhaustive. Avant de détailler l'impact personnel nous devons détailler l'aspect qui concerne à la fois la personne et la société. Il s'agit de la conduite automobile qui se trouve très affectée par le TDAH.

I. 4. C. La conduite automobile

La conduite d'un véhicule est une activité quotidienne, tout en étant un processus très complexe demandant des efforts multiples. Les capacités cognitives telles que l'attention, la concentration sur une tâche, ainsi que la perception, la réactivité et finalement l'activité motrice sont concernées sans que l'individu s'en rende forcément compte lorsqu'il fait un trajet banal et trop bien connu entre son domicile et son lieu de travail [66]. La personne qui n'arriverait pas à maîtriser ce que nous venons d'énumérer représente un danger pour soi et pour autrui.

Plusieurs maladies et troubles affectent la conduite automobile que ce soit des antécédents des traumatismes crâniens, les démences et même le syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil. Malheureusement les adultes avec TDAH ont des difficultés à changer rapidement de tâche, ils manquent de flexibilité de la mémoire du travail [67], l'attention sélective, l'attention divisée, l'attention soutenue et la vigilance sont également déficientes [66]. A cela se rajoutent l'impulsivité, des défauts de planification, de résolution des tâches et prise de décision [66].

La revue de littérature scientifique apporte une documentation complète sur le sujet avec de nombreuses études qui prouvent que le TDAH de l'adulte a un impact négatif sur la conduite automobile et que le traitement par psychostimulants peut améliorer les performances dans ce domaine [68]. Le TDAH est même plus néfaste à la conduite que la dépression. L'étude américaine prouve que le TDAH et non pas la dépression augmente le risque de multiples contraventions et collisions, où le participant serait fautif. L'OR dans tous les cas est supérieur à 2 [69].

Une plus grande étude suédoise trouve que les hommes avec TDAH ont un rapport des risques instantané HR (Hazard Ratio) de 1,47 (IC : 1.32–1.63) et les femmes de 1,45 (IC : 1.24–1.71) comparés aux témoins sains d’avoir un accident grave. L’accident grave dans cette étude étant défini par une admission au service des urgences ou un décès dans les suites d’un accident de la voie publique [70].

Les auto-questionnaires des adultes TDAH, mais également les informations rapportées par les parents et les données administratives officielles nous dressent le tableau plus ou moins complet de la conduite automobile affectée par le TDAH. Les accidents de la voie publique sont plus nombreux, ils ont surtout lieu sur les autoroutes, l’adulte avec TDAH serait plus souvent fautif et serait plus susceptible de quitter le lieu d’accident. Leur permis sont plus souvent retirés, les arrestations sont plus fréquentes et celles-ci en raison de conduite risquée, en état d’ébriété, agressive et colérique. Les adultes avec TDAH se retrouvent au volant sans permis plus souvent que leurs pairs sains, soit parce qu’ils ne l’ont pas encore obtenu, soit parce qu’il a déjà été retiré [66].

Les conséquences du TDAH affectent la vie familiale et sociale du sujet, mais le vécu personnel du trouble constitue une part non négligeable de son impact sur la vie d’une personne, qui en présente la symptomatologie.

I. 4. D. L’impact personnel

L’impact personnel du TDAH est lié à tout ce que nous avons déjà détaillé, que ce soit le parcours académique et professionnel, la vie sociale, familiale de la personne. Comment la maladie est perçue par la personne est aussi un aspect très important.

L'étude internationale menée dans sept pays du monde, que nous avons déjà citée précédemment s'est aussi intéressée à la vision et l'estime de soi des adultes avec TDAH. Les participants ont pu décrire un sentiment de différence, de « *ne pas être normal* », « *être mauvais* ». Les effets positifs ont également été mentionnés. Certains voyaient leurs manifestations cliniques comme un trait de personnalité et non pas une maladie. D'autres pouvaient même être fiers de leur efficacité dans certains domaines, faisaient l'éloge de leur différence, valorisant leur unicité. Indépendamment du pays d'origine : les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la France, l'Allemagne ou l'Italie, le vécu de la maladie a été pratiquement le même [42].

Les mêmes auteurs ont questionné des participants plus âgés avec TDAH. Selon eux la maladie est perçue comme un fardeau, avec un effet cumulatif des conséquences du trouble au cours de la vie, qui éventuellement mène à un isolement social [71]. Ceci peut être expliqué par le fait que la prévalence des symptômes reste globalement la même avec l'âge, comme par exemple dans la population suédoise entre 65-80 ans, tandis que les effets du trouble s'accumulent [72].

L'insécurité financière et le stress que cela engendre sont très présents dans la vie d'un adulte TDAH à tout âge. Cela remonte bien évidemment au statut académique, qui risque d'être inférieur à ce qu'il pourrait être sans TDAH, puis des difficultés professionnelles, voire le chômage. Les moyens financiers insuffisants affectent la vie familiale mais aussi la vie personnelle [72].

Nous avons déjà brièvement évoqué la mauvaise estime de soi voire l'auto-stigmatisation dont souffrent les patients TDAH. La revue de littérature sur le sujet trouve que plus de la moitié des études mettent en évidence une pire estime de soi chez les sujets avec TDAH comparé aux témoins sains [73]. Certaines études ne trouvent pas cet aspect, mais la détresse en tant que manifestation clinique est présente, même si les répondants rapportent

qu'elle serait dû à l'inattention ou mauvaise organisation, ou bien à l'hyperactivité/impulsivité. Quoi qu'il en soit après une année de thérapie la détresse due à la mauvaise estime de soi est moins accentuée [74].

Un cas de figure bien particulier semble pertinent à mentionner lorsque nous évoquons la question de l'estime de soi chez les adultes avec TDAH. Il s'agit des adultes avec un haut potentiel qui ont été diagnostiqués tardivement. Étant enfant leurs hyperactivité et/ou inattention ne les ont pas amenés en consultation pédopsychiatrique ou neuropédiatrique. Cela ne veut pour autant pas dire que les manifestations cliniques du TDAH étaient absentes durant leur enfance. Elles pouvaient être masquées par leurs propres aménagements cognitives, par un contrôle parental renforcé et surtout par des facilités académiques liées à un haut potentiel.

En effet un QI (Quotient Intellectuel) élevé permet de « masquer » les déficits dus au TDAH. Les sujets TDAH avec un QI supérieur à 110 ne présentent pas de différence avec le groupe contrôle dans la passation d'une batterie des tests psychométriques. Les résultats chutent pour ceux dont le QI est inférieur ou égal à 110 [75]. Un haut potentiel sous-jacent au TDAH peut rendre les résultats de certaines études surprenantes. Ainsi les auteurs d'une étude britannique étaient surpris de découvrir que les sujets avec le TDAH en moyenne gagnaient mieux leur vie, malgré le niveau social et le niveau de chômage rapportés plus élevés que dans la population saine. Ils ont émis l'hypothèse d'un sous-type des personnes avec TDAH qui seraient très productives et hautement fonctionnelles malgré tout le bagage symptomatologique du trouble [72].

Très souvent les enfants TDAH sont considérés de niveau intellectuel faible en raison de leurs capacités cognitives, alors que ce n'est pas du tout le cas. Ainsi une fois adultes un test de QI, dans la plupart des cas montre qu'ils ont un niveau moyen voire supérieur. Malheureusement le niveau de QI et le diagnostic du TDAH, qui soulagent en partie ne permettent pas d'éviter une auto-stigmatisation. D'après une étude allemande 23,3 % des

adultes avec TDAH rapportent une auto-stigmatisation, 88,5 % une anticipation de la discrimination dans la vie quotidienne et 69,3 % ont pu percevoir une stigmatisation publique [76].

Avant de clore la discussion sur l'impact il semble important d'évoquer une unité nosographique qui, tout en étant une des manifestations cliniques du TDAH de l'adulte, se trouve au croisement de plusieurs troubles psychiatriques comorbides, à savoir la dysrégulation émotionnelle.

La définition de la dysrégulation émotionnelle proposée par les publications françaises est la suivante : « une instabilité des émotions, des affects, qui ne sont pas contrôlés, exprimés, vécus de manière adéquate et ce qui provoque des difficultés, voire un handicap majeur dans la vie de la personne » [77].

Dans les études britanniques ce n'est pas simplement un symptôme de TDAH mais un « trait-like ». Sa présence est stable depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte [78]. D'autres auteurs tentent de rapprocher la dysrégulation émotionnelle de l'impulsivité du TDAH, en parlant plutôt d'impulsivité émotionnelle au lieu de dysrégulation [79]. Ou bien peut-être la dysrégulation émotionnelle est à l'origine du comportement impulsif dans le TDAH, se trouvant en amont de la chaîne cognitivo-comportementale et non pas sa composante, ni sa conséquence [80]. Il existe également une hypothèse selon laquelle le déficit attentionnel empêcherait la reconnaissance adaptée des émotions [81].

La dysrégulation émotionnelle constitue à la fois un symptôme du TDAH, une conséquence de ses autres symptômes, mais également le symptôme de ses nombreux troubles associés comme la dépression, le trouble bipolaire, le trouble de la personnalité borderline. Les comorbidités du TDAH de l'adulte sont nombreuses, quelques-unes d'entre elles seront développées dans la partie qui suit.

I. 5. Comorbidités du TDAH de l'adulte

Les comorbidités du TDAH de l'adulte sont nombreuses et en raison de leur présentation plus bruyante masquent souvent le trouble primaire. Leur impact est non-négligeable et leur prise en charge est indispensable pour un traitement efficace. Entre 70 et 87 % des patients avec TDAH présentent au moins une comorbidité et 56 % en présentent au moins deux [82] [83]. Nous allons en détailler quelques-unes et expliquer comment elles s'intriquent avec le trouble primaire.

I. 5. A. TDAH de l'adulte et Troubles de l'humeur

Le TDAH de l'adulte et les troubles de l'humeur sont associés et aggravent le tableau clinique du trouble primaire quel qu'il soit. Le taux du trouble bipolaire comorbide au TDAH est de 47,1 %, inversement le TDAH associé au trouble bipolaire se rencontre dans 21,2 % des cas [84]. Les deux troubles peuvent être associés, mais aussi se ressemblent beaucoup à travers les symptômes en commun, qui peuvent induire en erreur lors du diagnostic. Dans les deux cas nous retrouvons notamment un afflux d'énergie, une distractibilité, une désorganisation, une impulsivité, une hyperactivité, une logorrhée [85].

Le trouble bipolaire de type I est plus souvent associé au TDAH que le type II. Par ailleurs le début du trouble bipolaire est plus précoce, la présentation plus sévère, les épisodes maniaques et dépressifs s'alternent plus fréquemment et les phases de rémission euthymiques sont plus courtes en cas d'association avec le TDAH [86].

Le taux du trouble dépressif comorbide au TDAH se situe entre 18,6 % [14] et 53,3 % [87]. De la même manière la prévalence du TDAH de l'adulte parmi les patients avec des

troubles de l'humeur est entre 9 et 16 % [88]. Les deux troubles étant tellement intriqués, nous pouvons nous demander par quel mécanisme ils interagissent. Quelques pistes peuvent être explorées.

Une des interactions possibles entre le TDAH de l'adulte et les troubles de l'humeur se fait à travers le ton hédonique. Le « ton hédonique » est un trait de caractère qui définit la capacité du sujet à éprouver le sentiment de plaisir [89]. Il est même qualifié de « pont » entre la psychobiologie de la dépression et ses comorbidités [90]. L'anhédonie étant presque le symptôme pathognomonique de l'état dépressif, l'exploration du ton hédonique semble importante, d'autant plus qu'il est bas dans le contexte d'épisode dépressif majeur, du TDAH et dans les addictions. Ceci est lié à l'altération du réseau de signalisation monoaminique impliquée dans le circuit neuronal de récompense [89]. Ainsi les individus avec le ton hédonique génétiquement abaissé sont en quête constante de moyens de l'élever [91], que ce soit par des stimulations externes (hyperactivité, conduites à risque, abus de substance) ou internes (rêverie) [89].

La dysrégulation émotionnelle que nous avons déjà mentionnée dans les chapitres précédents constitue également une manifestation clinique que partagent les troubles de l'humeur, le TDAH et le trouble de personnalité borderline. Dans le cadre du TDAH de l'adulte elle est retrouvée dans les symptômes tels que labilité des émotions, surtout la colère et l'irritabilité. Ce fait complexifie la proposition diagnostique, car ces troubles étant des comorbidités sont également des diagnostics différentiels [27].

I. 5. B. TDAH de l'adulte et Troubles de la personnalité

Le TDAH de l'adulte est également associé aux troubles de personnalité du cluster B et C dans 50 % des cas [92]. Il est essentiel de rechercher les comorbidités pour proposer un traitement adapté, mais également pour ne pas proposer de traitement là où le trouble mime son diagnostic différentiel [93].

Les travaux concernant l'association de personnalité pathologique avec le TDAH sont difficiles à mener en raison du biais d'auto-sélection et biais de mémorisation, lorsqu'il faut rapporter les symptômes d'enfance. Pour surmonter cela les chercheurs ont recours aux informations rapportées par les parents. Il en ressort les associations avec la personnalité borderline, dépendante et paranoïaque [94].

Le TDAH de l'adulte partage les mécanismes étiologiques avec le trouble de personnalité borderline. Mais en plus de cela l'impact du TDAH laisse des traces depuis l'enfance et influence le développement de personnalité pathologique [95]. En faisant passer les entretiens structurés aux patients présentant la personnalité borderline avec ASRS-v1.1 et WURS-25 nous obtenons la prévalence de TDAH de l'adulte comorbide de 32,4 %. La combinaison des deux tests permet d'obtenir à la fois une bonne sensibilité et une bonne spécificité [96].

L'impact négatif du TDAH est exacerbé par la coexistence du trouble de personnalité borderline. La dysrégulation émotionnelle dans ce cas est plus sévère et l'impulsivité est plus prononcée avec des tendances auto-agressives [97].

Le trouble de personnalité antisociale doit également être mentionné car très représenté dans une tranche de population particulière : la population carcérale, qui est très affectée par le TDAH. Dans une prison suédoise de Norrtälje 315 hommes incarcérés ont été interviewés avec

ASRS et WURS. La prévalence du TDAH de l'adulte a été de 62 %, tandis que tous les interviewés présentaient le trouble des conduites dans l'enfance puis le trouble de personnalité antisociale à l'âge adulte [98].

D'autres types de personnalité sont également sous-jacents au TDAH de l'adulte avec la personnalité paranoïaque (prévalence de 74 %), narcissique (prévalence de 65 %), obsessionnelle (52 %), évitante (48 %) [86].

I. 5. C. TDAH de l'adulte et anxiété

La vie d'un adulte TDAH est remplie de situations stressantes, que ce soit lors de son parcours académique, professionnel, dans sa vie de famille, vie sociale et même pour les activités quotidiennes comme la conduite automobile. En raison du déficit attentionnel, de la mauvaise organisation, d'une grande distractibilité, des oublis fréquents - la réponse à ce type de situations risque de ne pas être adaptée et mener à des échecs.

Nous avons déjà détaillé la mauvaise estime de soi due au TDAH, qui est forcément accompagnée par l'anxiété. Dans ce cas l'anxiété peut se manifester sous forme du trouble panique, que nous comprenons comme une réponse suite à des échecs répétés, ou au moment des échéances pour des grands procrastinateurs. Nous retrouvons également la phobie sociale, qui ressemblera plus à une éviction sociale, devant l'aversion de l'attente, l'incompétence dans les interactions interpersonnelles. Les traits obsessionnels peuvent s'observer comme une traduction à l'extrême des aménagements compensatoires en réponse à des oublis ou encore la mauvaise organisation [27].

Le taux des manifestations anxieuses toutes confondues est plus élevé dans la population présentant le TDAH par rapport à la population générale et s'approche de 50 % [14]. Par ailleurs les femmes sont plus exposées au risque de présenter les comorbidités comme l'anxiété et la dépression [83].

Les personnes souffrant d'anxiété associée à un TDAH présentent des symptômes anxieux plus sévères, l'âge du début des troubles est plus précoce également [99]. L'anxiété est une des comorbidités du TDAH de l'adulte qui masque le trouble primaire et retarde son diagnostic [86]. D'une part les symptômes anxieux inhibent l'impulsivité et l'hyperactivité du TDAH, qui rend le diagnostic plus difficile à poser [100]. D'autre part le trouble anxieux a une présentation plus bruyante et plus sévère lorsqu'associé au TDAH [100] et du fait d'une plus grande familiarité des médecins avec le trouble anxieux, ils ont tendance à privilégier le diagnostic du trouble anxieux et donc son traitement [88].

Finalement l'association du TDAH avec l'anxiété amène les sujets présentant le trouble à « s'automédiquer » avec des substances illicites. Ainsi l'abus de substances est plus important dans cette tranche de population [99].

I. 5. D. TDAH de l'adulte et troubles du sommeil

Le TDAH de l'adulte est également associé aux troubles du sommeil. La plupart du temps les patients avec TDAH présentent un décalage de phase et cela dès le plus jeune âge [101]. Leur sommeil est agité et non réparateur, la latence à l'endormissement est plus longue, le maintien du temps du sommeil est perturbé et le temps du réveil est décalé. Les enfants TDAH présentent une « bedtime resistance » ou une résistance au moment du coucher [102]. Chez les adultes le même comportement est en partie dû à la procrastination, mais aussi au

phénomène de l'hyperactivité vespérale qui se traduit par une instabilité motrice mais aussi par une tachypsychie.

En ce qui concerne le rythme circadien des adultes avec TDAH, ils ont plutôt le profil tardif vespéral. Leur sécrétion de la mélatonine à la lumière faible DLMO (Dim Light Melatonin Onset) est retardée [103]. Ces troubles accompagnent les sujets atteints depuis l'enfance sans tellement être liée à l'hygiène du sommeil ou comorbidités psychiatriques mais plus au chronotype vespéral [104].

Les troubles respiratoires du sommeil représentent un spectre très vaste des pathologies qui sont souvent associées au TDAH [102]. Parmi les enfants présentant le TDAH le syndrome d'apnée obstructive du sommeil touche 25 à 30%, ce qui est dix fois plus important comparé à la population générale (3 %) [105]. L'impact est notable sur le comportement et les performances scolaires [106], au point que les recommandations américaines en matière de prise en charge du trouble suggèrent une recherche systématique du syndrome d'apnée du sommeil chez tout enfant diagnostiqué TDAH [107].

L'association entre les troubles du sommeil et le TDAH est également présente à l'âge adulte. Les enregistrements polysomnographiques des adultes TDAH objectivent une augmentation des mouvements nocturnes et des réveils multiples [108]. Par ailleurs l'index d'apnée-hypopnée est élevé chez les enfants TDAH [109].

Le lien entre le syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) et le TDAH de l'adulte est moins exploré, il existe peu d'études sur le sujet. Un article assez récent en fait constat et propose une exploration plus approfondie de l'association entre ces deux troubles. Ainsi au cours de cette étude tous les patients qui ont consulté au centre du sommeil ont reçu le questionnaire ASRS-II en plus d'un enregistrement polysomnographique à visée diagnostique. Au total 83 % des consultants ont été diagnostiqués le syndrome d'apnée

obstructive du sommeil, et 19 % des consultants présentaient les symptômes positifs du TDAH. Les patients présentant l'association des deux troubles avaient un score plus élevé à l'échelle de somnolence d'Epworth. La prévalence du TDAH chez les patients présentant le SAHOS est plus importante. Par contre il n'existe pas de lien entre la sévérité du SAHOS et les signes cliniques du TDAH [110].

Un autre trouble perturbant le sommeil partage les mécanismes physiopathologiques avec le TDAH de l'adulte. Il s'agit du syndrome des jambes sans repos (SJSR), trouble neurologique caractérisé par des impatiences des membres inférieurs [27]. Le lien entre le TDAH et le SJSR semble très fort et la recherche de cette comorbidité doit être systématique car souvent confondue avec l'hyperactivité propre au TDAH [111].

I. 5. E. TDAH de l'adulte et Troubles du Spectre de l'Autisme

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et le TDAH partagent des caractéristiques cliniques et sont comorbides [112]. Le TDAH est le trouble psychiatrique associé le plus diagnostiqué chez les enfants TSA, surtout dans le contexte des capacités intellectuelles conservées [113]. Les données statistiques sont impressionnantes. D'après les études deux tiers des jeunes TSA souffrent de TDAH [114] et environ trois quarts des symptômes significatifs de TDAH [115].

Il existe une étude qui a été menée auprès des jeunes autistes avec ou sans TDAH associé. D'après ses résultats la présentation clinique du TDAH chez les jeunes TSA est identique à celle du TDAH sans TSA comorbide. Le profil quantitatif et qualitatif des symptômes, leur sévérité, l'âge du début des troubles ainsi que la distribution des sous-types diagnostics ne divergent pas [116].

Le mécanisme exact de cette association reste inconnu. Les hypothèses les plus explorées sont les dysfonctionnements des processus cognitifs : les fonctions exécutives et la théorie de l'esprit [117]. Le TDAH et les TSA présentent des défauts de planification et d'inhibition de réponse [118], ainsi que de mémoire du travail [115].

Le diagnostic et la prise en charge du TDAH associé aux TSA ont des implications cliniques significatives. Tandis que ne pas le dépister met en péril l'avenir académique, professionnel et le fonctionnement social, déjà suffisamment compromis par l'autisme, et prédispose ces jeunes à un risque plus élevé des troubles des conduites, de dysrégulation émotionnelle et d'abus de substances [116].

La comorbidité est tellement importante que certains chercheurs considèrent que le TDAH pourrait même faire partie du spectre des troubles autistiques et que la différence réside uniquement dans la sévérité des symptômes [119].

I. 5. F. TDAH de l'adulte et addictions

L'étude des addictions associées au TDAH est très complexe en raison d'un vaste diapason de celles-ci. Les troubles addictifs peuvent être avec ou sans consommation de produits. L'abus des substances est probablement la plus commune des comorbidités du TDAH de l'adulte avec le plus souvent des consommations de l'alcool, de la nicotine, du cannabis et de la cocaïne [120].

Les addictions comportementales que nous trouvons dans le TDAH peuvent être liées à l'alimentation (boulimie, hyperphagie), aux achats impulsifs, à l'Internet, aux jeux d'argent, ainsi que la trichotillomanie, la pyromanie, la kleptomanie et l'addiction au sexe [121]. Il existe peu d'études épidémiologiques françaises explorant le lien entre le TDAH et les addictions en

général [34]. Nous trouvons quelques données sur le TDAH de l'adulte et l'addiction aux jeux d'argent, dont la prévalence est de 7,4 %. Les achats compulsifs touchent 23,4 % des sujets atteints et l'addiction au sexe 2,4 % [121].

L'étude française menée auprès des patients avec TDAH dans les centres addictologiques a permis d'établir une association entre le trouble et les addictions (substances narcotiques et jeux d'argent). Ainsi dans cette population de patients, le début des dépendances était plus précoce, les addictions étaient plus nombreuses (avec plus de deux dépendances, sans compter le tabagisme) et la personnalité borderline sous-jacente était détectée [122]. Par ailleurs d'autres études trouvent que le fardeau de la comorbidité du TDAH et des addictions est lourd avec plus de tentatives de suicide, d'hospitalisations, mais aussi l'adhésion au traitement et l'abstinence plus difficiles à obtenir [86].

Il existe une grande étude française, que nous avons déjà mentionné auparavant, menée sur 1517 étudiants des universités de Rouen et Paris Nanterre. La question des addictions a également été explorée et nous pouvons mentionner quelques conclusions. Ainsi les étudiants français TDAH présentaient plus de risque de dépendance à l'alcool et au cannabis, pour les addictions aux substances et aux achats compulsifs, au trouble de conduite alimentaire et aux jeux d'argent pour les addictions sans substance [34].

Le mécanisme de dépendance dans le TDAH puise ses origines dans la symptomatologie du trouble à travers l'impulsivité, la recherche des nouvelles sensations et donc les conduites à risque, mais aussi constitue un moyen de s'automédiquer [123]. Le cannabis par exemple procure immédiatement une sensation de calme intérieur et d'une meilleure concentration [124]. Les drogues stimulantes comme la cocaïne ou l'amphétamine aident à contrer les symptômes du TDAH comme l'hyperactivité, la tachypsychie, la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité [125].

Les symptômes du TDAH dans le contexte d'association avec les troubles addictifs seront interprétés sous prisme des addictions actuelles, de leurs conséquences, de la phase du sevrage ou du manque. De la même manière l'impact du TDAH peut être attribué à l'impact des addictions. Le patient souffrant d'addiction et en plus de cela du TDAH, qu'il ignore ne recherche pas forcément un traitement pour son TDAH. C'est là que le rôle du clinicien sera essentiel pour pouvoir dépister le trouble sous-jacent et proposer une prise en charge adaptée et donc un traitement étiologique [126].

Après avoir exploré quelques comorbidités du TDAH, sans que la liste soit exhaustive, nous pouvons évoquer le traitement qui existe dans le monde et peut actuellement être proposé en France.

I. 6. Les approches thérapeutiques du TDAH de l'adulte

La prise en charge du TDAH de l'adulte repose sur plusieurs axes : le traitement du trouble ainsi que ses comorbidités avec un traitement multimodal : des mesures non médicamenteuses associées à un traitement pharmacologique, si celui-ci s'avère nécessaire. Nous pouvons en premier développer le traitement pharmacologique du TDAH, tel qu'il existe au niveau international, puis les mesures non-pharmacologique, le traitement autorisé en France et finalement explorer l'efficacité du traitement multimodal sur les symptômes et les différents aspects de la vie du sujet, qui présente le trouble.

I. 6. A. Le traitement pharmacologique du TDAH de l'adulte

Le traitement médicamenteux du TDAH de l'adulte est un traitement symptomatique et non pas curatif. Son instauration doit s'effectuer après avoir expliqué l'indication, les objectifs thérapeutiques, les effets indésirables, mais également les effets secondaires [127].

Deux cas de figure se présentent au moment de la prescription du traitement chez l'adulte. Soit il s'agit de la poursuite du traitement mais auprès d'un spécialiste pour adulte à la majorité du patient qui est traité depuis son enfance, soit il s'agit d'un cas diagnostiqué tardivement à l'âge adulte.

Les traitements pharmacologiques sont globalement de deux types : stimulants et non stimulants. Les psychostimulants sont les dérivés du *Méthylphénidate* et les dérivés d'*Amphétamines* [86]. Les dérivés du *Méthylphénidate* sont le traitement de premier choix. Leur efficacité s'observe avec l'augmentation de l'attention, amélioration de la concentration, de l'éveil et des fonctions exécutives [127]. Les dérivés d'*Amphétamines* sont efficaces sur les symptômes du TDAH mais moins étudiés. L'effet secondaire euphorisant risque de favoriser l'abus de ce type de traitement, c'est la raison pour laquelle la forme à libération prolongée est proposée [127].

Le traitement psychostimulant n'est pas toujours efficace car 10 à 30 % des enfants et des adultes traités ne répondent ou ne le tolèrent pas [128]. Parmi les médicaments non stimulants nous pouvons citer l'*Atomoxétine*, appartenant à la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline, qui peut être considéré le traitement de deuxième ligne. Grâce à son moindre potentiel d'abus il peut même être favorisé chez les patients toxicomanes [86]. En raison de son mécanisme d'action l'*Atomoxétine* permet une diminution des symptômes du TDAH, une raréfaction des rechutes et une réduction de l'anxiété, de la dépression et même des

consommations excessives d'alcool [129]. Par ailleurs sont largement étudiées et prouvent leur efficacité les agonistes alpha-2-adrenergiques et les antidépresseurs comme le *Bupropion* ou la *Venlafaxine* [86].

I. 6. B. Traitement pharmacologique du TDAH de l'adulte en France

La prise en charge du TDAH de l'adulte en France est probablement plus complexe que dans les autres pays d'Europe, en raison des limitations plus stricte de la prescription du traitement psychostimulant. Les médicaments qui existent sur le marché pharmaceutique français existent sous forme de libération immédiate pour *RITALINE LI*, et de libération prolongée pour *RITALINE LP*, *QUASYM LP*, *CONCERTA LP*, *MEDIKINET LP* et *Méthylphénidate LP* [27].

D'après le rapport de l'ANSM « le *Méthylphénidate* n'est pas indiqué en initiation dans le traitement du TDAH chez l'adulte » [106]. Sa prescription est limitée à l'enfant de plus de 6 ans. Il existe une exception lorsque le traitement doit être poursuivi chez les adolescents « dont les symptômes persistent à l'âge adulte et qui ont montré un bénéfice évident du traitement » [106]. Mais uniquement le *CONCERTA LP* et le *Méthylphénidate LP* peuvent être prescrit dans le cadre de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) si initié avant 18 ans. Les autres médicaments sont initié chez l'adulte hors AMM [27].

Le traitement de deuxième ligne par *Atomoxétine* est disponible en France sous le nom commercial STRATTERA et peut être prescrit en Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) [27]. En raison d'une situation pharmacologique complexe en France la littérature sur le traitement du TDAH provient surtout des États-Unis, du Canada et d'autres pays d'Europe.

I. 6. C. Les modalités de prescription et la surveillance du traitement

La prescription du *Méthylphénidate* est soumise aux règles de prescription des stupéfiants. La prescription initiale relève du champ de la médecine hospitalière spécialisée en neurologie, psychiatrie et pédiatrie et pour une durée limitée à 28 jours. Cette ordonnance est par la suite renouvelable par le médecin traitant. La surveillance de l'efficacité du traitement ainsi que des effets indésirables doit être régulière. Les patients peuvent présenter une insomnie, des céphalées, une irritabilité [27]. L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) préconise un suivi de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle en raison d'un risque d'arythmie voire de mort subite [130].

L'utilisation d'un traitement psychostimulant et de l'*Atomoxétine* dans le cadre d'un TDAH de l'adulte, souvent associé à d'autres troubles psychiatriques, doit être prudente. Pour évaluer le risque d'apparition d'un état maniaque sous traitement psychostimulant une étude suédoise a recensé une cohorte de 2307 adultes présentant le trouble bipolaire, chez lesquels le traitement par *Méthylphénidate* devait être initié. La cohorte a été divisée en deux groupes : un groupe qui recevait le traitement thymorégulateur concomitant, l'autre groupe qui n'en bénéficiait pas. Les patients sous monothérapie de *Méthylphénidate* ont présenté un risque accru d'épisode maniaque dans les trois mois après l'initiation du traitement. Au contraire les patients sous traitement thymorégulateur chez lesquels un traitement psychostimulant a été initié présentaient un moindre risque de virage maniaque [131].

En ce qui concerne l'*Atomoxétine* le risque de virage hypomane ou maniaque iatrogène est modéré dans le cadre d'un TDAH associé au trouble bipolaire [132]. Ce risque doit toujours être évalué, mais ne doit pas constituer une contre-indication absolue à la prise en charge d'un TDAH sous-jacent. Dans ce cas de figure la stratégie la plus pertinente est la stabilisation de

l'humeur avec un thymorégulateur efficace qui doit précéder l'introduction du traitement par des psychostimulants [86].

Dans les publications françaises nous trouvons une étude sur la dépression iatrogène. Les auteurs ont pu mettre en évidence un effet depressogène de *Méthylphénidate* en parcourant la banque nationale de pharmacovigilance [133].

Il existe également une préoccupation clinique concernant l'initiation de *Méthylphénidate* et la survenue d'un épisode psychotique. Nous pouvons citer un article récent, qui décrit une étude suédoise d'une grande cohorte de jeunes patients TDAH. Le résultat de cette étude est rassurant et ne montre aucune évidence d'un risque plus important de survenue d'un épisode psychotique à l'initiation du *Méthylphénidate*, y compris chez les patients avec un antécédent psychotique [134].

I. 6. D. Efficacité du traitement du TDAH

Très souvent le traitement du TDAH est débuté durant l'enfance, ainsi nous avons du recul par rapport à l'effet du traitement sur la vie de l'individu, qui présente le trouble. Les études sur le sujet montrent que le fait d'être diagnostiqué et traité dès l'enfance est le plus grand prédicteur d'insertion professionnelle à l'âge adulte et ceci indépendamment de la sévérité des symptômes, des comorbidités psychiatriques et du traitement actuel [51]. Entre autres une petite étude de suivi de 112 enfants TDAH a montré, que les sujets traités par les psychostimulants présentaient un moindre risque de développer une dépression, un trouble anxieux et redoublaient moins souvent que les patients non traités [135].

D'après les données de littérature l'utilisation du *Méthylphénidate* chez les enfants n'augmente pas le risque d'abus de substance plus tard au cours de la vie, bien au contraire le fait d'être traité diminuerait l'abus et même l'utilisation ponctuelle à l'âge adulte [98].

Le traitement du TDAH de l'adulte a aussi un effet bénéfique sur les autres conduites à risque. Le risque d'avoir une infection sexuellement transmissible diminue en cas de traitement surtout chez les hommes [61]. Chez les hommes avec TDAH la médication est associée à une réduction de 58 % du nombre des accidents de la voie publique. Pour les femmes cet effet ne s'observe pas. Au cours de l'étude, qui nous fournit cette information, les accidents de la voie publique pourraient être évité dans 41 % des cas, si les sujets avaient poursuivi le traitement [70].

L'effet bénéfique du traitement du TDAH sur ses comorbidités s'observe également sur le sommeil. Les psychostimulants notamment le *Méthylphénidate* permet de diminuer le nombre des réveils nocturnes dont souffrent les sujets atteints. Ainsi la durée de la phase sans interruption augmente et permet un sommeil plus réparateur [136]. Au contraire l'action des psychostimulants sur les rythmes circadiens dans le TDAH de l'adulte n'est pas aussi bénéfique. Le traitement qui permet de réparer le décalage de phase et changer le profil vespéral propre au TDAH vers le profil matinal est la luminothérapie [103].

L'utilisation des propriétés anorectiques des psychostimulants trouve aussi sa place dans la prise en charge des troubles de conduites alimentaires associés au TDAH, notamment l'hyperphagie boulimique [27] [137]. Le rôle du clinicien sera bien évidemment de surveiller les variations pondérales ainsi que l'usage détourné de cet effet secondaire chez les patients à risque.

I. 6. C. Les mesures non médicamenteuses dans le traitement du TDAH

Les mesures non-pharmacologiques sont centrales dans la prise en charge du TDAH de l'adulte avec la psychothérapie cognitivo-comportementale, la psychoéducation, des mesures adaptatives scolaires, professionnelles ainsi qu'une reconnaissance du handicap [27].

La thérapie d'inspiration cognitivo-comportementale (TCC) prouve son efficacité dans de nombreuses études. Il s'agit d'une approche thérapeutique facilement acceptée et faisable en individuel ou en petits groupes. Les améliorations s'observent au niveau des symptômes du TDAH mais aussi des comorbidités. Le but étant le changement du fonctionnement pathologique, les patients s'entraînent à élaborer des stratégies dans la vie de tous les jours, que ce soit au niveau organisationnel, réalisation des tâches, dans les relations interpersonnelles, la régulation des émotions et même dans la lutte contre la procrastination. Les auto-évaluations, les « devoirs » à poursuivre en dehors des séances ont pour but de renforcer la motivation et permettre des progrès [135].

La thérapie comportementale dialectique prouve aussi son efficacité dans le traitement du TDAH de l'adulte car au-delà de TCC comprend les pratiques d'acceptation de Zen. Les patients sont invités à travailler quatre modules : la pleine conscience, l'efficacité interpersonnelle, la régulation des émotions, la tolérance à la détresse [136]. Ce type de thérapie s'adresse en particulier aux personnes avec une personnalité borderline associée et s'avère très efficace sur la gestion de dysrégulation émotionnelle.

D'autres moyens pour traiter le TDAH sont de plus en plus mis en œuvre : des techniques de neurofeedback permettant une rééducation attentionnelle [137], ainsi que la remédiation cognitive améliorant l'entraînement de la mémoire du travail [27]. Finalement des mesures hygiéno-diététiques sont aussi à appliquer, comme pratique régulière d'une activité

sportive. Certaines études montrent une amélioration de la symptomatologie du TDAH par une supplémentation alimentaire en oméga trois par exemple [127].

Les approches pharmacologiques prouvent leur efficacité, mais la prise en charge optimale est assurée uniquement lorsque le traitement est multimodal. Le but de ce type de traitement du TDAH de l'adulte est d'associer la psychothérapie à une stratégie pharmacologique efficace. Les études cliniques montrent une amélioration plus importante des résultats des tests de performance des participants qui reçoivent un traitement multimodal pharmacologique et psychothérapeutique de manière concomitante [44].

La place du TDAH de l'adulte dans la nomenclature internationale reste toujours controversée. La situation est meilleure qu'il y a un siècle, des progrès sont faits, mais si le trouble de l'enfant est actuellement reconnu et pris en charge, la notion du trouble chez l'adulte semble toujours perturber les esprits médicaux. Comme nous avons vu sur l'exemple du traitement du TDAH de l'adulte, la France fait partie des pays qui ne sont pas en avance sur le plan de la prise en charge du trouble. Malgré la demande émanant du corps médical peu de remaniements s'observent de la part des autorités de santé. Le dépistage, le diagnostic, la prise en charge du TDAH de l'adulte posent encore problème. Dans la partie, qui suit nous étudierons en détail l'état des lieux sur le TDAH de l'adulte en France et surtout comment la situation pourraient être améliorée pour les patients concernés.

II. Difficultés liées au dépistage, diagnostic et prise en charge du TDAH de l'adulte

Le monde de la médecine française est très partagé par rapport au TDAH de l'adulte. Pour étudier la situation de plus près nous avons tenté de reproduire la situation à une échelle plus réduite en proposant aux médecins libéraux qui ont participé aux Journées médicales de Strasbourg de remplir un court questionnaire concernant leurs habitudes pratiques.

II. 1. La vision du TDAH de l'adulte par les généralistes : auto-questionnaire

La version complète du questionnaire est jointe ci-dessous, dans cette partie nous développerons son contenu, le but des questions, des potentiels biais ainsi que les résultats. Le questionnaire que nous avons élaboré se présentait sous une forme courte de cinq questions, dont quatre à choix multiples et une sous forme de commentaire. Cette présentation a permis d'inciter à répondre le plus grand nombre de participants.

Le public concerné était les médecins libéraux, auxquels cette conférence était destinée : principalement des médecins généralistes de Strasbourg, France. Le répondant devait préciser sa spécialité au début du questionnaire.

Toutes les questions étaient formulées sur une page et la feuille a été distribué à l'entrée de la salle de conférence le matin du premier jour de la conférence. Plus tard quelques questionnaires supplémentaires ont été distribués lors de l'atelier TDAH de l'adulte, toujours dans le cadre de la conférence. Cela constitue un biais de sélection, car les participants ont choisi cet atelier auparavant et ont donc manifesté un souhait de s'informer davantage sur le TDAH de l'adulte.

Annexe 2

QUESTIONNAIRE MINUTE pour les médecins généralistes

*Ce questionnaire vous est proposé dans le but de faire un sondage parmi les **médecins généralistes** sur la connaissance du **TDAH** (Trouble Déficit d'attention et hyperactivité) chez l'**adulte**. Vos réponses sont anonymes et seront utilisées dans le travail de thèse de l'interne de psychiatrie S. Ahmadova, qui s'effectue sous la direction de Dr C. Kraemer et sous la supervision du Dr S. Weibel et Pr G. Bertschy. Vos retours permettront de connaître les avis et les pratiques en matière de la prise en charge de ce trouble par les médecins libéraux.*

1. Avez-vous déjà eu des informations sur le TDAH de l'adulte ?

- ☐ Non, je n'en ai jamais entendu parler
- ☐ Non, je pense que cela ne concerne que les enfants
- ☐ Oui, j'ai déjà entendu parler de ce trouble chez l'adulte
- ☐ Oui, mais je pense que ce trouble ne relève pas d'une prise en charge médicale

2. Avez-vous déjà pensé à un TDAH chez un de vos patients ?

- ☐ Oui, mais uniquement chez les enfants
- ☐ Oui, j'ai évoqué le diagnostic chez un des patients adultes
- ☐ Oui, les patients ont eux-mêmes parlé de ce diagnostic
- ☐ Non, je n'ai pas rencontré ce trouble chez mes patients

3. Si oui, où avez-vous orienté le patient adulte ?**4. Seriez-vous intéressé d'avoir plus d'informations sur le TDAH de l'adulte ?**

- ☐ Oui, j'ai choisi l'atelier sur le TDAH pour cette raison
- ☐ Oui, mais je ne sais pas où obtenir des informations
- ☐ Non, cela ne m'intéresse pas

5. Si la situation se présente, seriez-vous d'accord de renouveler une ordonnance de méthylphénidate (RITALINE, CONCERTA, MEDIKINET...) chez l'adulte?

- ☐ J'ai déjà renouvelé ce traitement chez les adultes
- ☐ Je ne sais pas ce que je ferais
- ☐ Je le ferais probablement
- ☐ Je ne pense pas que je le ferais
- ☐ J'ai déjà refusé, car je n'ai pas eu suffisamment d'information
- ☐ J'ai refusé car cela relève d'une prise en charge spécialisée

Les Journées médicales de Strasbourg sont destinées aux médecins libéraux en formation continue. La conférence s'organise autour d'interventions de divers spécialistes hospitalo-universitaires en session plénière ainsi que des ateliers qui sont proposés au choix des participants. Les médecins généralistes font la majorité du public présent. 104 généralistes ont répondu aux questions, ce qui constitue 89 % de tous les répondants.

D'autres spécialités ont également participé : des médecins du travail, des ORL, des chirurgiens, des gynécologues etc... La psychiatrie n'a pas été représentée. Au total nous avons recueilli 122 feuilles de réponses remplies. Nous avons analysé toutes les données et les résultats obtenus seront développés par la suite. La distribution des spécialités représentées peut être observé dans le tableau joint ci-dessous.

Tableau 1 Distribution des spécialités médicales

Spécialité	Chirurgie	Gynécologie	Santé publique	Médecine générale	Medecine du travail	ORL	Rééducation	*
Nombre de médecins	2	1	1	109	5	1	1	2

* résultat non-conforme : médecin étranger ou pas de mention de spécialité dans la réponse

1. Dans la première question, qui a été la suivante : « *Avez-vous déjà eu des informations sur le TDAH de l'adulte ?* » nous avons cherché à estimer le nombre de personnes qui méconnaissaient le trouble ou alors avait des connaissances obsolètes de l'exclusivité de la présentation chez l'enfant, ou bien si le répondant était en désaccord avec la référence actuelle.

A cette question nous avons proposé quatre types de réponse. La première possibilité (1.R1) a été la réponse négative absolue, supposant une méconnaissance totale du trouble. La deuxième réponse (1.R2) a été nuancée, en affirmant que le trouble ne concerne que l'enfant.

La troisième réponse (1.R3) a été une réponse positive, de reconnaissance de l'existence du trouble chez l'adulte et la quatrième (1.R4) précisait que le trouble chez l'adulte ne relèverait pas d'une prise en charge médicale.

Pour la première question les résultats ont été plutôt rassurant avec 61,5 % de ceux qui ont déjà entendu parler du trouble chez l'adulte, contre 19,7 % de ceux qui n'en ont jamais entendu parler et 18 % de ceux qui croyaient, que le trouble n'existe que chez l'enfant.

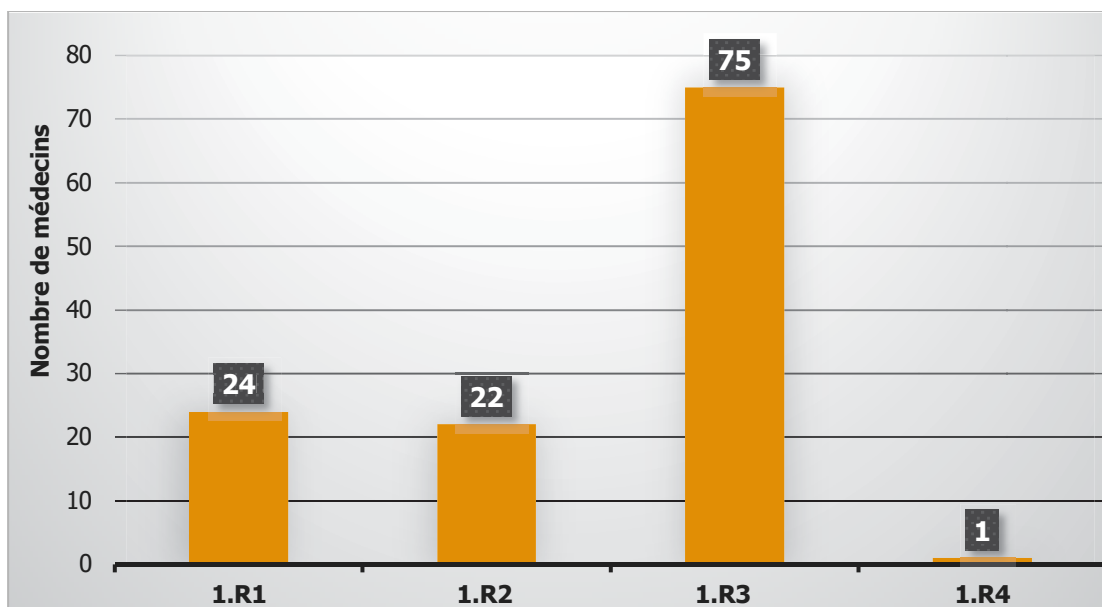


Figure 2 : Distribution des réponses à la première question

2. La deuxième question concernait plus la pratique clinique de chacun : « *Avez-vous déjà pensé à un TDAH chez un de vos patients ?* ». A travers les réponses proposées, nous avons cherché à comprendre comment se déroule la première étape du dépistage du trouble. Est-ce que les médecins généralistes, en tant que les premiers interlocuteurs et receveurs de la plainte initiale sont sensibles aux symptômes qui pourraient évoquer le TDAH chez l'adulte ?

Les répondants pouvaient choisir la réponse positive nuancée par la présentation exclusive chez l'enfant (2.R1), la réponse positive chez l'adulte (2.R2), ou bien la réponse négative absolue (2.R4). La troisième proposition (2.R3) a été particulière dans sa formulation,

elle était positive avec une précision que les patients eux-mêmes ont évoqué ce diagnostic. Cette réponse a été inspiré par la pratique clinique.

En interrogeant la pratique clinique des médecins libéraux, nous avons trouvé que 35 % ont déjà pensé au TDAH mais uniquement chez des enfants. 18,8 % des répondants ont déjà évoqué ce diagnostic chez un de leur patients adultes et 16,4 % ont entendu parler de ce diagnostic par leur patient. Les résultats de ces deux propositions sont voisins, ce qui est assez perturbant et confirme les dires de beaucoup de patients reçus en consultation spécialisée. Ils affirment en effet penser en premier à ce diagnostic, passer des tests en ligne, faire la recherche et seulement en dernier lieu en parler à leur médecin traitant. Mais ce qui est encore plus grave c'est que 29,5 % des répondants pensent n'avoir jamais rencontré ce trouble chez leurs patients.

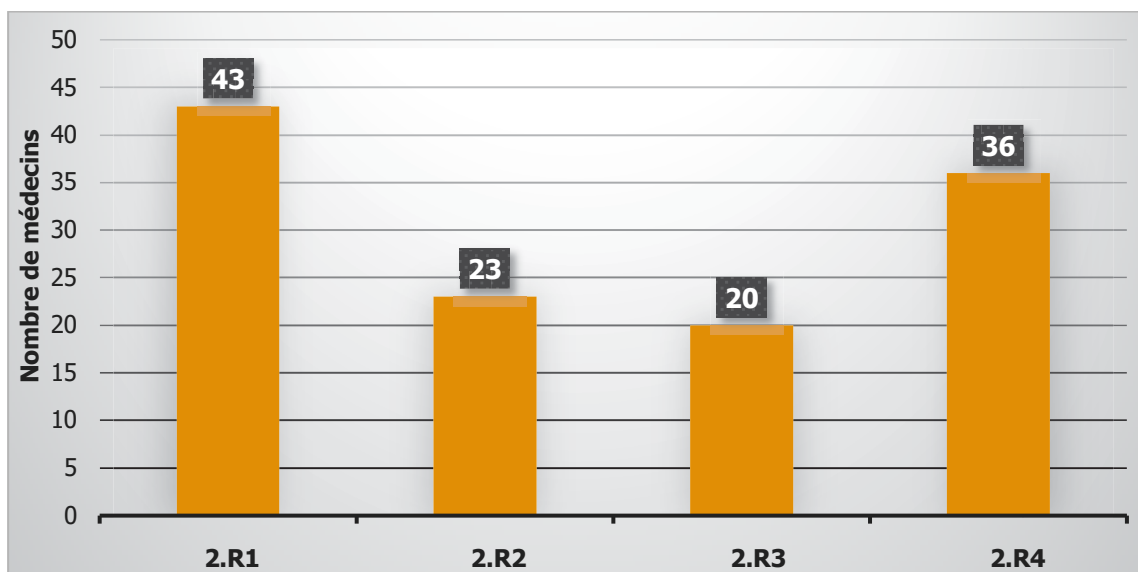


Figure 3 : Distribution des réponses à la deuxième question

3. La question numéro trois était sous forme de commentaire de la question précédente en cas de réponse positive. Nous avons demandé **où les médecins avait l'habitude d'orienter les patients adultes chez lesquels ils ont évoqué le TDAH**. Il s'agissait là d'explorer l'étape de la prise en charge ultérieure. Volontairement nous n'avons pas proposé de réponse fermée, car voulions explorer la chaîne de manière objective. Les connaissances que nous avons déjà

eu sur le sujet ont été biaisées, car fondées sur les dires des patients qui sont arrivés en consultation spécialisée aux hôpitaux universitaires.

Logiquement nous n'avons pas eu de réponses dans 66,2 % des cas, en superposant ces résultats avec 29,5% de ceux qui n'ont jamais entendu parler de ce trouble et 35 % de ceux qui n'ont vu que les enfants avec TDAH. Les réponses ont été variées, mais la filière neuropsychiatrique prédominait, avec la proposition de consulter des psychologues, des psychiatres, des neurologues, voire des addictologues, ce qui montre une logique correcte derrière ces réponses. Cette dernière proposition, de consulter en addictologie, pourrait même faire écho aux comorbidités du TDAH de l'adulte qui souvent sont au premier plan et masquent ainsi le trouble sous-jacent.

4. Par la suite nous avons demandé si les participants seraient intéressés de s'informer davantage sur le sujet. « *Seriez-vous intéressé d'avoir plus d'informations sur le TDAH de l'adulte ?* » Nous avons proposé trois possibilités de réponse : une réponse négative catégorique (4.R3), une réponse positive avec précision que le répondant ne sait pas où obtenir les informations (4.R2) et une troisième proposition positive (4.R1) pour ceux qui ont déjà choisi l'atelier sur le TDAH dans le cadre de la conférence. A ce niveau peut apparaître le biais de sélection que nous avons mentionné au début.

Les résultats ont été les suivants : 46,7 % des répondants souhaitaient avoir plus d'information, mais ne savaient pas où s'informer. D'après les réponses 41 % des médecins ont choisi l'atelier, mais comme nous avons expliqué certains questionnaires ont été distribués pendant l'atelier, ce qui constitue un biais de sélection. Finalement 12,3 % n'ont pas exprimé de souhait de s'informer sur le sujet.

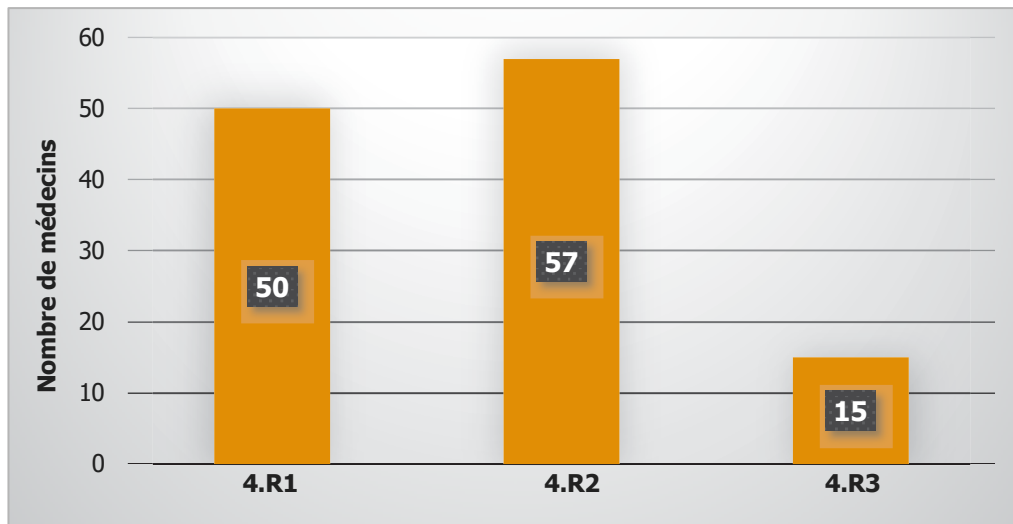


Figure 4 : Distribution des réponses à la quatrième question

5. Finalement, la dernière question concernait le traitement, plus précisément la situation du **renouvellement de l'ordonnance du *Méthylphénidate (RITALINE, CONCERTA, MEDIKINET...)* chez l'adulte**. Nous avons proposé une large sélection de six réponses allant de réponse positive avec une expérience antérieure de renouvellement (5.R1), une réponse de doute (5.R2), un accord probable (5.R3), un refus probable (5.R4), une expérience de refus en raison de méconnaissance du TDAH de l'adulte (5.R5), ainsi que de refus car le praticien pensait que la prise en charge devait être spécialisée (5.R6).

Ainsi nous trouvons que 23 % des répondants ont déjà eu l'expérience de renouvellement de ce type d'ordonnance. La majorité 38,5 % ne pouvait pas se prononcer sur le sujet ; pour 23 % c'était probable de le faire. 8,2 % ne savait pas s'ils le feraient.

Au total 7,3 % avaient déjà refusé de le faire : 6,5 % car persuadé que cela relevait d'une prise en charge spécialisée et 0,8 % par manque d'information. Les résultats de la dernière question sont une démonstration de la difficulté que les patients diagnostiqués TDAH et traités pour le trouble par un traitement psychostimulant, initié par un psychiatre, rencontrent en s'adressant à leur médecin traitant.

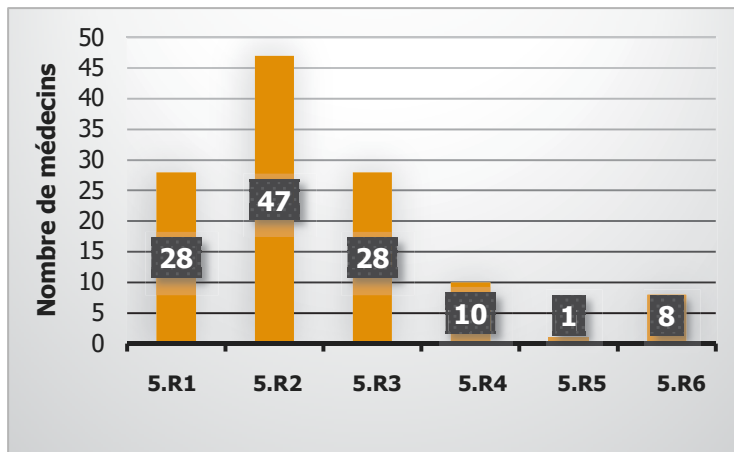


Figure 6 : Distribution des réponses à la cinquième question

D'après nos résultats au stade du diagnostic, la majorité des médecins généralistes risquent de ne pas être sensibles aux symptômes manifestés par les patients. Ils pensent ne jamais avoir vu des patients avec TDAH, ou alors pensent à ce type de diagnostic uniquement chez des enfants. Très souvent ce sont les patients eux-mêmes qui en parlent aux médecins. Les généralistes méconnaissent l'endroit exact où adresser ce type de patients. Ils pensent à la psychiatrie, mais évoquent également la neurologie, l'addictologie, la psychothérapie.

Beaucoup de médecins souhaitent s'informer sur le sujet et ont même choisi l'atelier proposé. Cependant lorsque nous évoquons le traitement, très peu de médecins ont déjà renouvelé ce type d'ordonnance. La plupart hésitent pouvoir le faire ou alors refusent de se prononcer sur le sujet. Grâce au questionnaire nous avons pu établir de manière plus objective les obstacles qui existent dans la prise en charge des adultes avec TDAH par les médecins généralistes. Nous pouvons également explorer la vision des psychiatres, dont le rôle est encore plus important.

II. 2. La vision du TDAH de l'adulte par les psychiatres

Le rôle des médecins généralistes est clé au stade du dépistage du trouble chez l'adulte. Les psychiatres à leur tour peuvent dépister, diagnostiquer mais également traiter le TDAH de l'adulte. Très souvent en raison d'une présentation plus bruyante de ses comorbidités le trouble primaire risque de passer inaperçu. Mais diagnostiquer et traiter que les troubles associés est insuffisant. Ne pas prendre en charge les patients pour leur TDAH serait en effet ne pas apporter de traitement étiologique, mais uniquement des traitements symptomatiques : des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des troubles du sommeil, des addictions etc. Cette prise en charge n'étant pas optimale risque d'être pénalisante pour le patient.

II. 2. A. Les difficultés diagnostiques du TDAH de l'adulte

« Le diagnostic du TDAH de l'adulte est surtout difficile car on n'y pense pas ! » ainsi commence un des chapitres de l'ouvrage français sur le TDAH par C. Maurs et J-P. Rénéric. En effet les symptômes du TDAH peuvent mimer d'autres troubles psychiatriques, qui sont souvent présents chez ce type de patients, mais en tant que comorbidités. L'inattention, l'impulsivité tout comme l'agitation psychomotrice ou la logorrhée sont présentes dans les troubles de l'humeur et même dans les personnalités pathologiques. Le critère qui aide à faire la part des choses est bien évidemment la chronicité des symptômes et leur existence depuis l'enfance [41].

Dans une étude britannique les patients avec TDAH ont été demandé de se rappeler de leur parcours médical, ils rapportaient avoir attendu plus d'un an et vu au moins trois médecins avant de recevoir le diagnostic. Au Royaume-Uni le TDAH est reconnu chez l'adulte depuis

peu de temps, étant anciennement réservé aux enfants. Ce fait pourrait expliquer la raison d'une si longue phase de proposition diagnostique. Par ailleurs près d'un tiers des patients se rappelaient du scepticisme de leur médecin traitant, considérant le trouble comme « pédiatrique » [138].

Malgré la recherche avancée sur le TDAH la prévalence de la maladie au Royaume-Uni reste très faible, probablement sous-diagnostiqué [139]. Cela freine également le développement des soins cliniques pour les patients avec TDAH, avec les moyens médicaux et psychologiques insuffisants pour les prendre en charge [138].

Le TDAH en France est encore peu connu et peu reconnu, car il n'existe pas de recommandations officielles et le trouble reste toujours le sujet de controverse [27]. Les médecins français pour la plupart ont du mal à accepter les consensus et les classifications internationales. Même l'utilisation du DSM reste problématique et dans le codage des diagnostics hospitaliers une autre classification est préférée la CIM-10. De nombreux psychiatres revendiquent la place particulière de la psychiatrie parmi les spécialités médicales. Pour eux les troubles mentaux et plus particulièrement ceux de l'enfant et de l'adolescent ne sont pas des entités comparables aux maladies somatiques [140]. Pour cette raison le schéma classique, avec l'existence d'un substratum organique provoquant un trouble et donc la possibilité d'un diagnostic fondé sur des critères précis, des résultats des examens ou des tests et puis une proposition de soin ciblé, n'est pas systématiquement appliqué.

II. 2. B. TDAH et psychanalyse

Les psychiatres-psychanalystes à leur tour sont sceptiques vis-à-vis du TDAH de l'adulte, car le fondement des idéologies post-freudiennes est « une conviction que les troubles de la personnalité et du comportement de l'enfant sont nécessairement liés à une faute familiale,

éducative ou affective, absence de limites imposées par les parents » [11]. Ce type d'affirmation est imprudent, notamment en raison de l'histoire du courant psychanalytique.

La situation avec la psychanalyse et le TDAH aujourd'hui nous rappelle une situation semblable il y a quelques années avec la psychanalyse et l'autisme. Les pistes étiologiques avancées par le courant psychanalytique pour expliquer les troubles du spectre de l'autisme ont semblé offensant envers les parents des enfants atteints. Les débats polémiques de l'époque, fortement médiatisés, ont été « haineux et stériles », notamment parce que la subjectivation du Moi, qui est un travail psychique défailant dans l'autisme se joue pour les psychanalystes dans l'interaction mère-enfant [141][142].

L'interprétation contemporaine du TDAH et surtout du trouble chez l'adulte risque de susciter autant d'hostilité de la part des patients et des parents des patients et produire des conséquences aussi catastrophiques et néfastes pour le courant psychanalytique.

L'ancrage biologique de l'hyperactivité n'est pas recherché dans l'approche psychanalytique. Certains écrits psychanalytiques sur le TDAH n'excluent pas l'étiologie neurobiologique du trouble, mais expliquent que les psychanalystes d'enfants « s'occupent de l'enfant au-delà de son symptôme de déficit de l'attention ». Pour eux « l'hyperactivité n'est plus un « bug » dans le traitement de l'information, mais un signe clinique au sein d'un trouble, qui a à voir avec les effets de l'inconscient, avec l'infantile » [143].

La psychanalyse de l'enfant explique le symptôme de l'hyperactivité par la mauvaise qualité des interactions dyadiques mère-bébé [144]. Ainsi il y aurait dans l'hyperactivité « un échec de la co-construction de la « latence à refoulement » (conçue comme une rencontre entre la programmation pré-pulsionnelle de l'enfant et le refoulement parental exercé par procuration), d'où l'émergence de « latences à répression », qui ouvrent la voie à une évacuation des affects et des représentations par le biais de la motricité » [140].

Il existe d'autres hypothèses psychanalytiques d'émergence des troubles du déficit d'attention, associés à l'impulsivité et à l'agitation psychomotrice. L'une d'entre elles propose une origine traumatique. Les symptômes sont alors « des formations défensives contre des expériences traumatiques précoces, que le Moi infantile n'a pu ni élaborer ni intégrer » [145]. Il s'agit des défenses maniaques de Winnicott, ou des défenses maniformes de Stern (en réponse à la dépression maternelle) qui sont primitives et corporelles et qui substituent les processus complexes et plus élaborés de mentalisation et de symbolisation [146] [147].

La figure paternelle fait partie d'une autre hypothèse sur l'origine du TDAH. Ainsi l'absence physique ou psychique du père risque de laisser les enfants, surtout les garçons, « sans possibilité d'internaliser une instance stable qui pose les limites et donc sans possibilité de s'autoréguler » [145]. Ce défaut d'autorégulation serait donc à l'origine du comportement hyperactif et impulsif.

L'idée reçue que la psychanalyse rejette la notion du TDAH n'est donc pas valable, dans la mesure où la psychanalyse propose sa propre interprétation du trouble. Le rejet de l'entité nosographique du TDAH par certains psychanalystes repose avant tout sur le rejet de la classification qui le définit - le DSM. Ce qui est reproché au concept du trouble c'est surtout le regroupement des symptômes cliniques comme l'hyperactivité, l'inattention et l'impulsivité, qui peuvent aussi faire partie d'autres troubles mentaux. Pour eux le TDAH de l'enfant et de l'adulte est une « épidémie », importé des États-Unis [148].

Certains écrits des analystes qui vont plus loin dans leur réflexion anti-TDAH. Selon cette vision la conceptualisation du trouble et son diagnostic n'a pour but que la prescription des psychostimulants. « Médicalisation des problèmes sociaux servirait à occulter la prévention environnementale, qui ne rapporte rien et privilégier le traitement médicamenteux ». L'hyperactivité est ainsi placée dans le contexte actuel où l'essor de la consommation des

nouvelles technologies de la communication du « commerce de l'excitation » rendrait les sujets plus excités [149].

Enfinement pour tenter une réconciliation entre le TDAH et la psychanalyse nous devons mentionner les travaux de Pierre Mâle, pédopsychiatre français de l'après-guerre. Il s'est beaucoup intéressé à la formation des troubles de caractère chez l'enfant et accessoirement à l'instabilité, tout en gardant la vision psychanalytique freudienne. Selon cette vision l'affectivité infantile avait le rôle prépondérant et contribuait à la formation et la cristallisation des complexes inconscients. L'hyperactivité, étant le reflet de dysfonctionnement nerveux, pouvait souvent être associée à « un trouble du cours des idées, une inattention, une distractibilité et une hyperémotivité » [150]. Cette description même sous un prisme psychanalytique reste tout à fait universelle à travers les siècles et les courants.

Le sujet du TDAH de l'enfant est moins controversé. Cependant il existe quelques écrits qui tentent d'expliquer « l'apparition » du trouble à travers la nouvelle position de l'enfant dans la société, qui est de « devoir combler par sa réussite le narcissisme de ses parents. De ce fait, il est soumis très précocement à des exigences sociales assez contraignantes » [140].

Cette position de l'enfant ne semble pas nouvelle, tout comme l'histoire du TDAH, qui débute au XVIII^e siècle. Mais il existe une part de vérité dans cette affirmation car le TDAH est effectivement forgé par la société dans laquelle il existe, non pas à travers son expression mais par son impact sur l'individu. « La question de l'hyperactivité met en jeu la tolérance variable de la société à l'égard de la mobilité de ses enfants, ainsi que les critères éducatifs de l'entourage familial et scolaire » [140].

Pour les adultes il ne s'agit pas uniquement de mobilité, qui diminue avec l'âge et donc la maturation cérébrale, mais aussi de l'impulsivité, de l'inattention, de la désorganisation, de la procrastination, etc. et les traits qui à un moment de l'histoire peuvent être considérés comme des atouts, à d'autres moments seront au contraire des défauts.

La distractibilité, qui même dans sa dénomination porte une connotation péjorative peut par exemple être appelée un état d'alerte permanent et l'impulsivité, qui n'est rien d'autre qu'une promptitude à réagir, « offraient peut-être à nos ancêtres hyperactifs de magnifiques capacités de survie dans les temps hostiles de la préhistoire ». Ces traits dérangent dans la société d'aujourd'hui où le mode de vie est principalement sédentaire et constituent même des défauts qui sont reprochés dès l'enfance [40].

II. 2. B. Les difficultés de prise en charge du TDAH de l'adulte

Les obstacles au diagnostic du TDAH sont nombreux allant d'une simple méconnaissance jusqu'au rejet du concept même du trouble. La prise en charge du TDAH et notamment le traitement médicamenteux par des psychostimulants est souvent à l'origine de ce rejet.

La prescription et la consommation des psychostimulants en France est très faible. Plusieurs facteurs pourraient expliquer ce fait. L'arrivée de la *RITALINE* sur le marché pharmaceutique français est tardive et date de 1975, c'est-à-dire quatorze ans après les États-Unis. Beaucoup d'autres stimulants n'ont jamais été autorisés et ceux qui le sont doivent être prescrits selon la réglementation sécurisée. Par ailleurs le laboratoire pharmaceutique *Novartis* avait retiré la *RITALINE* du marché français entre 1985 et 1995, en raison des polémiques déjà à l'époque [151].

L'idée reçue et fortement popularisée concerne l'utilisation illicite de *Méthylphénidate*. De nombreux articles dénoncent la « prescription détournée à des fins de neuro-alimentation », c'est-à-dire sous forme d'un dopant pour optimiser la concentration des étudiants à l'occasion des concours ou des professionnels soumis à une pression importante sans que l'existence d'un trouble sous-jacent soit mise en évidence [148] [152].

Le but dans ces cas serait donc le dépassement de ses limites, voire une simulation d'un « trouble flou dont le diagnostic s'appuie sur des critères comportementaux difficilement objectivables » [152]. C'est probablement ce qui est le plus reproché à ce médicament.

La prescription des psychostimulants chez les enfants d'abord a soulevé de vives controverses en France [150]. Or les médecins français réservent les prescriptions des psychostimulants aux cas les plus sévères et jamais à la première consultation. Entre autres les entreprises pharmaceutiques n'ont pas la possibilité de publicité directe aux consommateurs, comme aux États-Unis. Elles sont en relation avec les médecins uniquement et le phénomène de lobby est aussi moins prononcé [153].

La conclusion du rapport de l'ANSM sur le *Méthylphénidate* stipule que l'utilisation de ce médicament reste très faible en France par rapport aux autres pays européens, malgré sa progression. Par ailleurs il existe un suivi national de pharmacovigilance et d'addictovigilance mis en place depuis 2006. Ceci est justifié par un risque potentiel de mésusage lors d'une utilisation en initiation chez l'adulte [130].

Pour justifier cette prudence les experts nationaux citent les exemples des deux pays : les États-Unis et la Suisse. La prévalence américaine de l'usage détourné du *Méthylphénidate* varie de 3 à 22 %. En Suisse le *Méthylphénidate* est le médicament le plus souvent utilisé par les étudiants pour dopage intellectuel [154].

La différence de prise en charge du TDAH chez l'enfant et chez l'adulte est importante. Deux tiers des prescriptions de psychostimulants concernent les patients de moins de 18 ans, la plupart avant 13 ans. Les adultes reçoivent un tiers des psychostimulants prescrits, tandis que c'est le contraire pour l'*Atomoxétine*. Ceci peut être dû au fait que les praticiens soient prudents dans la prescription des produits stimulants surtout dans un contexte des comorbidités du TDAH telles que l'abus de substance, le trouble bipolaire, les états mixtes ou les troubles anxieux [129].

Lorsque nous évoquons le traitement du TDAH de l'adulte par des psychostimulants, nous ne pouvons pas ignorer la comorbidité addictologique, qui est souvent l'obstacle à une prise en charge adéquate du trouble. Le consensus international paru en 2018 sur le traitement du trouble abus de substances associé au TDAH de l'adulte est en faveur d'un traitement approprié par des psychostimulants [126].

La prise du traitement psychostimulant par ailleurs est efficace sur les symptômes du TDAH sans affecter les symptômes d'addiction [155]. Il existe tout de même un risque de mésusage et de détournement, qui doit être pris en compte. Les populations les plus affectées sont les adolescents et les jeunes adultes [126]. Mais il faut noter que les personnes présentant les symptômes du TDAH consomment les psychostimulants sans l'avis médical dans le but d'une automédication [156].

Le plus intéressant à noter est que les psychostimulants hors prescription sont utilisés par les sujets avec TDAH après une histoire de consommation d'autres substances, avec une probable recherche de l'effet souhaité qui n'était pas trouvé auparavant. Une étude américaine montre que l'utilisation des psychostimulants hors prescription par les sujets avec TDAH n'est pas un facteur d'initiation à l'addiction aux substances illicites. Bien au contraire ces personnes ont déjà des antécédents d'addiction, qu'ils ont tendance à abandonner au profit de la consommation des psychostimulants [157].

Le fait que le traitement du TDAH appartienne à la classe des stupéfiants rend beaucoup de médecins plus méfiant par rapport au diagnostic et à la prise en charge médicamenteuse, et suscite beaucoup de doute et de suspicion. Cela concerne les psychiatres tout aussi bien que les médecins généralistes qui sont en position de renouvellement d'ordonnance après la première prescription par le psychiatre hospitalier. En effet ils sont tout à fait qualifiés pour le suivi des patients, à condition qu'un rendez-vous avec un psychiatre soit effectué une fois par an pour un éventuel ajustement du traitement.

Le champ où les médecins généralistes risquent d'être moins « armé » est la partie psychothérapeutique du traitement du TDAH. Les manifestations cliniques du trouble, son impact, ses comorbidités et son vécu doivent être travaillé en psychothérapie. Pendant que les militants anti-TDAH craignent la normalisation et la médicalisation de la vie et la psychiatrisation de la société, les personnes atteintes du trouble vivent avec [40]. Les symptômes du TDAH compromettent la réussite scolaire et professionnelle, les relations interpersonnelles et tout simplement le confort de vie d'un individu.

Aujourd'hui en France prendre en charge un patient présentant la symptomatologie du TDAH de l'adulte est un défi, mais aussi une expérience clinique très riche. La demande est présente et ne cesse de croître, car les informations médicales sont de plus en plus accessibles. Des tests TDAH en ligne, des témoignages des patients, des associations des patients, des parents des patients militants pour la reconnaissance du trouble nous entourent et nous ne pouvons pas les ignorer. Pour ces raisons il semble important de laisser les médecins regagner la position qui leur appartient, celle du détenteur du savoir médicale et de l'expertise, celle du thérapeute, apportant le soin et le soulagement d'une souffrance.

Dans ce but nous avons tenté de réunir quelques témoignages des patients, qui ont accepté de partager avec nous leur vécu du TDAH. Nous avons enregistré sous forme vidéographique les entretiens durant lesquels ils ont pu décrire leurs symptômes les plus parlant, ainsi que raconter leur parcours médical et personnel. Dans la partie qui suit nous détaillerons le projet qui est au cœur de cette thèse et décrirons quelques vidéos qui sont joints à l'intention des médecins souhaitant se former davantage sur le TDAH de l'adulte.

III. Projet de formation sous forme vidéographique

Les difficultés que les médecins rencontrent dans la prise en charge de ce trouble nous ont amené à revoir la qualité de la prise en charge par les médecins généralistes et les psychiatres traitants. La dernière partie de ce travail apportera la description des entretiens filmés des patients. La plupart des patients sont venus à leur propre initiative, d'autres étaient adressés par les médecins généralistes, certains par leurs psychiatres. Nous allons en premier lieu examiner l'intérêt que présente le support audio-visuel dans la formation des médecins, puis expliquerons le déroulement du projet. Finalement les extraits de ces entretiens pourront être visionnés dans le respect de la confidentialité des participants et du secret médical.

III. 1. Intérêt du support audio-visuel

Dans le monde où l'audio-visuel devient la plateforme de transfert et de partage d'information la plus performante, le choix de support pour notre projet semblait être évident. La communauté scientifique ne devrait pas être épargnée par les courants populaires. En ce qui concerne la médecine, l'apprentissage clinique par le biais des consultations filmées devient de plus en plus répandu, mais pas encore systématique.

Finalement les connaissances acquises de manière rébarbative de la symptomatologie ne permettent pas de se prononcer avec une certitude pour un tel ou tel diagnostic, ce qui risque d'induire en erreur et être pénalisant pour les patients. Dans le domaine des pathologies psychiatriques la finesse clinique est primordiale. Pour cette raison la formation par le biais des vidéos trouve sa place, permettant une meilleure expertise grâce à la parole des patients.

Les données vidéographiques et visuelles sont peu coûteuses et relativement faciles à collecter. L'éducation clinique est le champ de la médecine qui devrait en profiter le plus. De nombreuses études montrent comment la recherche visuelle permet la reconnaissance, l'analyse et l'évaluation critique du comportement du patient et du clinicien, ainsi que de leur interaction duelle. Le non-verbal, la présentation du patient, sa gesticulation, les mouvements de son corps, les rapports avec le clinicien et finalement le discours peuvent être scrupuleusement étudiés grâce à ce type d'outil visuel [158].

Une étude danoise a exploré davantage le processus d'apprentissage des pathologies psychiatriques par les étudiants en médecine. Le but était de comparer le format didactique utilisant les manuels des cas cliniques versus les vidéos des patients avec le même contenu. Les auteurs ont observé comment les différents formats influençaient la perception des patients psychiatriques. Parmi trente étudiants en médecine, qui ont participé à l'étude, ceux qui apprenaient à partir des entretiens filmés ont pu décrire une nouvelle vision des maladies et attribuaient de l'importance à la perspective des patients. Ces résultats prouvent que l'utilisation des outils vidéographiques en psychiatrie est plus efficace et permet une approche clinique centrée davantage sur le patient [159].

Selon les étudiants les cas cliniques filmés leur permettaient de créer des images mentales plus réalistes des troubles. Les patients étaient pris en considération en tant que des personnes, et les obligeaient de prendre les situations plus au sérieux. Ils se rappelaient mieux les entretiens filmés que les cas présentés dans les manuels. Les auteurs de l'étude ont par ailleurs monté les vidéos de manière bien structurée, réfléchie, avec des indications, des instructions et l'incitation à se focaliser sur les points essentiels. Pour cette raison ce type d'outil a été considéré comme très précieux et stimulant à poursuivre la discussion des cas en petits groupes [160].

Pour ce type de consultations filmées des simulations avec des étudiants eux-mêmes, voire avec des acteurs sont aussi possibles. La visionnage de ce matériel vidéographique améliore la mémorisation des manifestations cliniques et peut être utilisé dans le but d'apprentissage pratique [161].

Par ailleurs même la préparation des examens cliniques des étudiants en médecine pourrait se faire sous forme des cours filmés. Les vidéos des cours et les cours dispensés en présentiel montrent la même efficacité dans l'apprentissage des symptômes et devraient être complémentaires [162].

Le sujet d'apprentissage par les vidéos devient particulièrement prometteur dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19, car tous les cours du programme universitaire ont été dispensés sous cette forme pendant le confinement et les téléconsultations ont connu un essor. Les étudiants semblent apprécier cette modalité et la trouve plus interactive et engageante sur le plan cognitif. Ils trouvent ce type de support plus aidant pour les examens et dans la préparation de prise en charge clinique de leurs propres patients. Les futurs médecins trouvent ces vidéos enrichissantes pour leur expérience clinique [163].

De plus en plus d'études cliniques s'intéressent à la performance des étudiants en médecine aux examens après avoir visionné les vidéos, où les patients parlent de leur expérience personnelle. L'impact sur leur professionnalisme est notable. Une étude montre que le groupe des étudiants en médecine, qui a été formé à partir des vidéos des patientes décrivant leur colposcopie a mieux réussi aux examens, que le groupe qui a regardé la vidéo du clinicien expliquant la procédure. Les étudiants à leur tour rapportaient une meilleure confiance, se sentaient plus à l'aise face aux émotions des patients [164]. Devant ces données, nous avons pensé que les vidéos des consultations avec les patients TDAH pourraient être utiles non seulement aux internes de médecine générale ou psychiatres, mais également aux médecins libéraux.

III. 2. Public visé

Les vidéos que nous avons pu collecter et monter sont destinées à l'intention de tout médecin souhaitant découvrir, actualiser ses connaissances ou tout simplement se former davantage au TDAH de l'adulte. Nous estimons que les internes en psychiatrie, les psychiatres seniors ainsi que les médecins généralistes libéraux sont les premiers concernés de par leur rôle primordial dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge du trouble.

Les internes psychiatres manquent de connaissances sur le sujet, dans la mesure où le seul outil qu'ils ont à leur disposition est le DSM, qui présente le TDAH sous forme d'un catalogue des symptômes cliniques, pour la plupart partagés avec les autres troubles psychiatriques associés. Cela est insuffisant à la formation correcte des futurs psychiatres. Or nous avons pu établir qu'ils rencontreront les adultes TDAH et seront même amenés à les prendre en charge, sans forcément le savoir. Nous espérons qu'avec les entretiens filmés des patients volontaires ils seront plus sensibilisés et pourront dans un premier lieu au moins évoquer ce diagnostic.

En ce qui concerne les médecins seniors : les psychiatres et les médecins généralistes, comme nous avons pu observer lors de nos investigations, certains d'entre eux pensent ne jamais avoir rencontré ce type de patients, alors qu'ils sont les premiers concernés. Nous espérons que les consultations filmées seront utiles à leur formation plus approfondie. Ils pourront aussi découvrir l'expérience personnelle des patients avec TDAH, avoir plus d'informations sur l'effet du traitement et le vécu du trouble.

III. 3. Explication du projet

« Les confidences de nos patients ne prennent de signification diagnostique que par notre connaissance préalable des troubles » [40].

L'idée de filmer les entretiens des patients qui se sont présentés en consultation spécialisée TDAH est apparue devant la demande accrue, ainsi que des parcours médicaux, qui étaient semblables. Ils décrivaient pour la plupart des comportements qui étaient à la fois perçus comme des traits de leur caractères, présents depuis l'enfance, mais qui les gênaient, ou gênaient leur entourage, pouvaient avoir un impact négatif non-négligeable sur leur vie professionnelle, familiale, personnelle.

Certains de ces patients étaient auto-adressés, certains étaient conseillés de consulter par leur entourage. Quelques-uns avaient des enfants diagnostiqués TDAH et se reconnaissaient dans leurs symptômes. D'autres expliquaient avoir évoqué le diagnostic de TDAH de l'adulte à leur médecin traitant ou psychiatre, qui semblaient sceptiques ou se disaient inexpérimentés et préféraient les adresser directement vers le centre hospitalier spécialisé. Il y avait également des jeunes adultes, qui venaient de devenir majeurs et qui voyaient leur suivi pédopsychiatrique s'arrêter avec la majorité. Presque tous les patients, qui ont consulté, avaient déjà fait de la recherche sur Internet sur le sujet du TDAH de l'adulte. Ils ont fait des questionnaires de dépistage en ligne, ont consulté des psychologues spécialisés, ont déterminé leur QI, pour être rassuré de leur niveau intellectuel... Ces tâtonnements des personnes qui cherchent à comprendre leur mode de fonctionnement qui leur semble pathologique peuvent durer toute la vie.

Tous les patients qui se présentaient pour la première consultation ont reçu les explications concernant notre projet. Nous avons précisé que le but de ce travail était de

sensibiliser les internes et les médecins libéraux au TDAH de l'adulte à travers le tournage d'une consultation type et que les vidéos étant à destination des médecins, la préservation du secret médical était assurée. Les patients qui étaient d'accord ont signé le consentement après nos explications.

Nous nous sommes aidés d'un questionnaire élaboré par les praticiens du service qui finalement est un guide associant les questions du WURS et l'ASRS. Nous faisons l'anamnèse détaillée et recherchions des signes cliniques d'inattention et d'hyperactivité, ceux présents dans l'enfance et actuellement. Les traitements en cours, les abus des substances, les comorbidités, les antécédents médicaux et les accidents de la voie publique étaient recherchés au cours de l'interrogatoire. Nous avons également cherché à déterminer si les apparentés du consultant présentaient des symptômes semblables aux siens. Finalement chaque patient devait mentionner s'il était adressé par un médecin ou auto-adressé.

Les consultations filmées représentent pour nous un outil précieux. Outre leur effet plus impressionnant et marquant, elles permettent d'observer le comportement, les mouvements de chaque patient. Nous pouvons entendre des descriptions cliniques à travers leur dires, avoir un accès à des expériences personnelles uniques mais à la fois semblables à celles des autres, car reflétant le même mode de fonctionnement.

A la fin de chaque consultation nous discutons avec les patients les hypothèses diagnostiques et une éventuelle proposition thérapeutique. Nous expliquons le mode d'action du traitement psychostimulant, les modalités d'administration, les contraintes liées à sa prise, les effets recherchés, les manifestations secondaires indésirables. Si le patient souhaitait débiter le traitement après la première consultation un bilan pré-thérapeutique lui était indiqué, comprenant un électrocardiogramme. A la suite de la consultation une lettre a été adressé au médecin traitant ou au psychiatre avec une anamnèse détaillée et la proposition diagnostique et

thérapeutique. Une ordonnance sécurisée était remise au patient, établie selon la réglementation en vigueur, avec la précision du nom et de l'adresse de la pharmacie de son choix.

Les extraits des consultations, que nous avons pu filmer ont par la suite été assemblés sous différentes thématiques, reflétant les manifestations cliniques et les conséquences du TDAH de l'adulte, décrites par les patients.

III. 3. Les vidéos

Afin de faciliter la visualisation et l'assimilation de l'information nous avons regroupé les extraits sous forme de chapitres vidéo selon les différentes thématiques. Nous avons également ajouté quelques commentaires, mais l'essentiel est certainement ce qui est raconté par les patients eux-mêmes.

III. 3. A. Inattention, dispersion, procrastination

Dans ce chapitre les patients parlent du déficit attentionnel, des fluctuations de la concentration, allant de son manque total, jusqu'à une hyperfocalisation. Ils ont pu décrire l'impact sur la vie scolaire quand ils étaient enfants, avec souvent des punitions, des mauvais résultats, des redoublements, des remarques malveillantes des professeurs ainsi qu'une faible estime de soi en raison des moqueries des camarades de classe.

Dans la vie professionnelle les aménagements cognitifs sont nécessaires afin d'être efficace et ne pas manquer de concentration lors de la réalisation des tâches laborieuses, les efforts doivent être augmenté, ce qui est très fatigant et exténuant. Au contraire un travail

intéressant sera facile à réaliser, permettra d'être créatif, pourra même être à l'origine d'une focalisation extrême.

Les conséquences de cette inattention sont nombreuses allant des pertes d'objets simples (recherche de ses lunettes, en oubliant où ils étaient mis) jusqu'aux objets plus importants comme les documents. Les oublis sont fréquents et dérangent l'entourage familial, car souvent pris pour la négligence et un désintérêt. Très souvent ils décrivent une dispersion et un manque de persévérance, étant capable de commencer plusieurs tâches simultanément ils n'en finissent aucune. Les livres non-terminés s'empilent sur leur table de chevet, mais quand cela touche le monde du travail, ils sont capables de laisser leurs postes en se croyant incompetents. La dispersion se remarque également dans la parole avec une logorrhée, qui sans manquer de sens est très peu instructive.

Une manière pour se rendre plus efficace pour les personnes avec TDAH est la procrastination. En remettant les travaux qu'ils doivent accomplir ils créent un état de stress et d'urgence, qui les rend plus efficace. Les patients expliquent le mécanisme derrière ce mode de fonctionnement, qui étant parfois anecdotique, la plupart du temps les gêne et met en péril leur vie professionnelle.

Ce qui est important à noter c'est que les difficultés dans la vie professionnelle ont été la motivation la plus fréquente à consulter. Les plaintes ont été multiples allant d'un manque de concentration, qui pouvait être gênant pour le patient sans pour autant alerter les supérieurs, jusqu'à des fautes graves, des burnouts en raison des recadrages systématiques.

III. 3. B. L'impulsivité et l'hyperactivité

L'impulsivité dans le cadre du TDAH de l'adulte se présente sous forme d'un spectre : couper la parole, répondre agressivement, se disputer, se bagarrer, conduire de manière irresponsable, boire de l'alcool ou essayer une substance illicite, se montrer rebelle, pratiquer des sports extrêmes etc. Tout cela rentre dans la description de la manifestation clinique mais les conséquences peuvent être variées, parfois anodines, parfois dangereuses pour la santé ou pour la vie de l'individu.

Une simple tendance à couper la parole, qui certes peut être désagréable au cours d'une conversation, ne constitue pas un handicap majeur, sauf si par exemple il ne s'agit pas d'un entretien avec son supérieur. Ce type de comportement met la personne avec TDAH dans des situations embarrassantes, qui à force de se répéter lui constituent une certaine réputation.

De même avoir « un caractère fort » n'est pas péjoratif en soi mais cette irritabilité peut souvent être à l'origine des disputes, qui peuvent très vite devenir plus que verbales. Des bagarres purement impulsives sortant du contrôle dans certains milieux peuvent même les conduire en prison.

L'impulsivité se manifeste également dans la conduite automobile. Nous avons dédié un chapitre entier à la façon de conduire qui dans le cadre du TDAH de l'adulte est imprudente voire dangereuse. L'inattention avec la dispersion s'ajoutent à l'impulsivité sous-jacente. L'obtention du permis en soi peut devenir un défi, car ils échouent aux examens de manière répétitive. Dans nos vidéos, nous avons joint un e-mail d'un des patients qui a finalement réussi à passer l'examen pour obtenir son permis de conduire, après avoir été diagnostiqué et traité pour le TDAH de l'adulte.

Les accidents de la voie publique sont nombreux dans cette tranche de population avec des conséquences plus ou moins graves. Les accidents passés mettent également leur empreinte sur leur façon de conduire qui devient en plus anxieuse. En raison de ces difficultés les adultes TDAH commencent à chercher la raison de ce mode de fonctionnement, ils ont peur pour leur vie, pour la vie de leurs enfants.

La manifestation clinique de l'hyperactivité dans le TDAH est probablement celle qui subit le plus de remaniements avec l'âge, en s'estompant ou en se transformant en une forme moins perturbante. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'existence du trouble chez l'adulte est difficilement acceptée.

« Dévastatrice chez l'enfant, elle ne l'est jamais chez l'adulte » [11]. En effet l'hyperactivité à l'âge adulte se traduit au niveau corporel, avec une certaine impatience, des changements trop fréquents de position que nous avons réussi à filmer. Cette motricité excessive et l'envie de bouger sans cesse peuvent aussi être internalisées sous forme de tension interne, une aversion de l'attente que les patients décrivent.

La tachypsychie et la logorrhée sont des manifestations plus psychiques de cette hyperactivité. Le flux de parole accéléré peut être observé au cours de tous les entretiens, que nous avons filmés. En ce qui concerne la tachypsychie, les patients arrivent eux-mêmes à décrire ce phénomène avec de nombreuses idées à la fois. Cette hyperactivité physique et psychique est également très fatigante. Il existe tout de même un aspect positif à ce mécanisme, car très souvent à l'origine d'une créativité impressionnante, d'une plus grande efficacité et productivité des personnes avec TDAH, à condition de faire un travail qui soit intéressant et plaisant. Au contraire l'absence d'occupation ou un travail laborieux et pénible peut même être à l'origine d'un état dépressif.

III. 3. C. Sommeil

Nous avons déjà évoqué le sommeil perturbé dans le contexte du TDAH. Les patients que nous avons filmés expliquent comment ils souffrent de l'insomnie. Pour certains il est difficile de s'endormir, comme beaucoup d'autres activités celle-ci est repoussée au plus tard par le mécanisme de procrastination. Par ailleurs les idées se bousculant dans leur esprit, la tension interne, l'envie de bouger les empêchent de trouver un calme intérieur permettant d'induire l'état de sommeil.

Comme pour la plupart des manifestations cliniques du TDAH les patients cherchent des techniques de compensation. Certains ont compris que l'état de fatigue extrême permet de s'endormir par épuisement. Le sommeil d'un adulte TDAH n'étant pas réparateur, comme nous avons précisé dans les chapitres précédents, l'état de fatigue se maintient, exacerbant la somnolence et le manque de concentration. Une de nos patientes a même été traitée par la *RITALINE*, prescrite par son neurologue traitant pour un trouble du sommeil.

III. 3. D. Le parcours médical antérieur à la consultation

Les chemins qui mènent à la consultation spécialisée en TDAH sont divers et variés. Les patients que nous avons filmés pour le projet ont déjà cherché la solution à leurs troubles. Certains avaient fait de la recherche sur le trouble. Ils ont lu des articles, ont consulté des ouvrages sur le TDAH, ont même effectué des tests neuropsychologiques en ligne ou en cabinet spécialisé, en cherchant s'ils avaient le trouble. D'autres étaient déjà suivis par un psychologue ou un psychiatre pour d'autres motifs.

Les parents des enfants diagnostiqués et traités pour le TDAH, étaient conseillés de consulter par des pédopsychiatres ou des neuropédiatres de leurs enfants. Ceux qui n'étaient pas orientés par des spécialistes pour enfants, ont pris l'initiative de consulter en se reconnaissant dans les symptômes de leurs enfants.

Très souvent ce sont les amis, les proches ou les collègues des personnes avec TDAH, qui conseillent de consulter un médecin, car remarquent les symptômes ou sont directement affectés par les conséquences des manifestations cliniques du trouble. Les associations des malades ou des parents des enfants atteints constituent également un pilier très important dans la matière du conseil, de documentation utile et des orientations pratiques vers les centres et les spécialistes. Ainsi de nombreux patients se sont d'abord renseignés auprès de l'association *TDAH France- HyperSuper*.

L'étape suivante de ce parcours est plus médicalisée. Les patients osent en parler à leur médecin traitant ou à leur psychiatre, qui est le premier interlocuteur. Les vidéos que nous avons pu réaliser montrent que très souvent cette demande n'aboutit pas. Les plus persévérants poursuivent leurs investigations sans l'assistance médicale et finissent par trouver où s'adresser, or cela ne devrait pas se passer ainsi. Non seulement cette attitude perturbe la relation médecin-patient, mais retarde le diagnostic et la prise en charge adaptée. Cela pose également problème dans les suites car certains médecins traitants, qui méconnaissent le trouble, risquent de ne pas accepter le renouvellement d'ordonnance et le suivi des patients TDAH.

Finalement nous avons également rencontré quelques patients, qui étaient suivis et traités pour le TDAH durant l'enfance et dont les symptômes persistaient après la majorité. Leur suivi pédopsychiatrique étant arrêté, ils nécessitaient la prise en charge pour le trouble par un psychiatre pour adultes.

Les descriptions des vidéos de notre projet peuvent se poursuivre davantage, mais les patients sont ceux qui parlent le mieux de leur trouble. Pour cette raison nous avons décidé de filmer et de monter les extraits des entretiens des patients. Nous sommes certains que les professionnels de santé souhaitant se former au TDAH de l'adulte apprécieront ce format et retiendront les caractéristiques du trouble, que nous avons regroupé en chapitres pour faciliter l'assimilation de l'information.

A notre tour, nous avons trouvé le travail sur ce projet très enrichissant pour l'expérience clinique personnelle. Nous avons beaucoup appris sur ce trouble complexe et finalement peu connu et peu reconnu en France.

Conclusion

Le TDAH de l'adulte est le trouble qui attire l'attention d'un jeune médecin psychiatre en raison des controverses suscitées dans le monde psychiatrique. Mais en feuilletant les notes prises lors des cours du programme obligatoire de l'internat de psychiatrie, nous pouvons nous rendre compte du peu d'information sur le trouble chez l'adulte.

Chez l'enfant la situation est plus optimiste, il existe des échelles d'évaluation du TDAH de l'enfant à disposition dans les services de pédopsychiatrie, quelques cours, même des supports vidéo. Cette disparité n'a rien de surprenant, car historiquement le trouble a été considéré comme uniquement réservé à l'enfant, disparaissant à l'âge adulte. Or avec l'avancée de la recherche et la possibilité de suivi au long terme des enfants TDAH, les médecins se sont rendus compte que la plupart des symptômes persistent à l'âge adulte. Ils subissent des remaniements, des transformations, prennent des formes légèrement différentes ou s'estompent grâce aux aménagements cognitifs compensatoires, mais restent présents et continuent à avoir un impact sur la vie de l'individu.

Les autorités de santé et beaucoup de médecins ont du mal à accepter l'existence du trouble chez l'adulte. Le traitement chez l'adulte est toujours hors AMM, les médecins ne sont pas suffisamment formés et le nombre des spécialistes s'intéressant au TDAH de l'adulte est finalement restreint. Devant cette situation sanitaire les patients ne sont pas pris en charge de manière optimale. Ils ne sont pas orientés correctement ou ne le sont pas du tout car leurs médecins traitants méconnaissent le trouble et ne savent pas où adresser les patients.

Au cours de ce travail nous avons repris l'histoire du TDAH d'abord chez l'enfant puis progressivement chez l'adulte. Nous nous sommes intéressées à l'épidémiologie du trouble, ses critères diagnostiques, son impact, ses comorbidités et son traitement. Nous avons cherché à comprendre ce que les généralistes en pensent, grâce au questionnaire distribué auprès des médecins libéraux, ainsi que les psychiatres à travers le travail bibliographique. Devant ce que nous avons découvert et compris sur le TDAH de l'adulte et comment il est dépisté, diagnostiqué et traité nous avons ressenti le besoin d'un changement dans la façon de prendre en charge ce trouble.

Il nous semble également important d'attirer l'attention des médecins sur l'importance du TDAH de l'adulte comme un trouble qui persiste depuis l'enfance. Tout patient reçu en première consultation sera questionné sur l'existence des symptômes dans l'enfance. Cependant l'avancée de la recherche nous indique que le TDAH pourrait apparaître à l'âge adulte, comme une entité nosographique différente ou comme une sous-forme du TDAH [165]. Nous sommes conscientes des limitations qui existent car souvent les enfants présentant des symptômes ne sont pas diagnostiqués, les parents leurs aident à développer des stratégies compensatoires et des comportements d'adaptation.

Les patients qui ont été reçus en première consultation spécialisée ont partagé leurs expériences personnelles. Ils ont pu décrire leurs symptômes, qui pour certains les ont accompagnés depuis l'enfance et ont forgé leur vie de manière très importante. Nous avons pensé que ces informations précieuses et très instructives pouvaient être partagées avec d'autres médecins pour leur permettre de se rendre compte de l'importance de dépister le TDAH chez leurs patients adultes et pour découvrir la présentation clinique du trouble.

Nous espérons que les vidéos que nous avons pu réaliser seraient une petite contribution à la future formation des médecins généralistes et des internes de psychiatrie.

VU

Strasbourg le 11/8/20

Le Président du Jury de Thèse



Professeur Gilles BERTSCHY

VU et approuvé

Strasbourg le 31 AOUT 2020

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILLAT



Annexe 1

La définition du TDAH proposée par le DSM-5 :

« A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, et caractérisé par l'**Inattention** et/ou l'**Hyperactivité et l'impulsivité**.

1. **Inattention** : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

NB : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité à comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins cinq symptômes sont requis.

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- f) Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités
- h) Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport)
- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne

2. **Hyperactivité et impulsivité** : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins six mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice)
- d) Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- e) Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts"
- f) Parle souvent trop
- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- h) A souvent du mal à attendre son tour
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence

B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.

C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents

D. On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental »

Bibliographie

- [1] Harari, Y. N. (2014). *Sapiens: A brief history of humankind*. Random House.
- [2] Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. Guilford Press.
- [3] Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness'(1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(2), 66-73.
- [4] Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur laliénation mentale*. J. Ant. Brosson.
- [5] Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241-255.
- [6] Crichton, A. (1798). *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind. And a History of the Passions and Their Effects* (Vol. 2). T. Cadell, junior, and W. Davies.
- [7] Hoffmann, H. (2014). *Der Struwwelpeter-ungekürzte Fassung: Der Kinderbuch Klassiker zum Lesen und Vorlesen*. Schwager & Steinlein Verlag.
- [8] Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*.
- [9] Philippe, J. (1907). *Les anomalies mentales chez les écoliers: étude médico-pédagogique, par Jean Philippe [et] G. Paul-Boncour*. Alcan.
- [10] Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie: ein lehrbuch für studierende und ärzte* (Vol. 3). Barth.
- [11] Wahl, G. (2019). *Les enfants hyperactifs (TDAH)*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- [12] Neumärker, K. J. (2005). The Kramer-Pollnow syndrome: a contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow. *History of psychiatry*, 16(4), 435-451.
- [13] Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 279.
- [14] Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... & Spencer, T. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163(4), 716-723.
- [15] Davidson, M. A. (2008). Literature review: ADHD in adults: A review of the literature. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 628-641.

- [16] Rothenberger, A., & Neumaärker, K. J. (2005). ADHS—Allgemeine geschichtliche Entwicklung eines wissenschaftlichen Konzepts. In *Wissenschaftsgeschichte der ADHS* (pp. 9-53). Steinkopff.
- [17] DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association 1968
- [18] Reebye, P. (2008). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 31.
- [19] Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4), 526-533.
- [20] Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G., & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen* (pp. 151-186). Hogrefe Verlag für Psychologie.
- [21] Furman, L. (2005). What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)?. *Journal of child neurology*, 20(12), 994-1002.
- [22] Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A., ... & Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(3), 343-351.
- [23] Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), 159.
- [24] Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15020
- [25] Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Persistence, remission and emergence of ADHD in young adulthood: results from a longitudinal, prospective population-based cohort. *JAMA psychiatry*, 73(7), 713.
- [26] Moffitt, T. E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D. W., Corcoran, D. L., Hammerle, M., ... & Poulton, R. (2015). Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 967-977.
- [27] Weibel, S., Menard, O., Ionita, A., Boumendjel, M., Cabelguen, C., Kraemer, C., ... & Carton, L. (2020). Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *L'encephale*, 46(1), 30-40.
- [28] Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... & Gureje, O. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65.

- [29] Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211.
- [30] Barbaresi, W. J., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., & Katusic, S. K. (2018). Comparing methods to determine persistence of childhood adhd into adulthood: a prospective, population-based study. *Journal of attention disorders*, 22(6), 571-580.
- [31] Chung, W., Jiang, S. F., Paksarian, D., Nikolaidis, A., Castellanos, F. X., Merikangas, K. R., & Milham, M. P. (2019). Trends in the prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder among adults and children of different racial and ethnic groups. *JAMA network open*, 2(11), e1914344-e1914344.
- [32] de Zwaan, M., Groß, B., Müller, A., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., ... & Philipsen, A. (2012). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(1), 79-86.
- [33] Caci, H. M., Morin, A. J., & Tran, A. (2014). Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(4), 324-332.
- [34] Romo, L., Ladner, J., Kotbagi, G., Morvan, Y., Saleh, D., Tavoracci, M. P., & Kern, L. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder and addictions (substance and behavioral): Prevalence and characteristics in a multicenter study in France. *Journal of behavioral addictions*, 7(3), 743-751.
- [35] Larsson, H., Dilshad, R., Lichtenstein, P., & Barker, E. D. (2011). Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: Genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(9), 954-963.
- [36] American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- [37] Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., ... & Ustun, T. B. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), 245.
- [38] Brevik, E. J., Lundervold, A. J., Haavik, J., & Posserud, M. B. (2020). Validity and accuracy of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Self-Report Scale (ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS) symptom checklists in discriminating between adults with and without ADHD. *Brain and Behavior*, e01605.
- [39] Romo, L., Legauffre, C., Mille, S., Chèze, N., Fougères, A. L., Marquez, S., ... & Adès, J. (2010). Propriétés psychométriques des versions françaises des échelles d'hyperactivité de Wender (WURS) et de l'Échelle de déficit d'attention de Brown (ADD). *L'Encéphale*, 36(5), 380-389.
- [40] Wahl, G. (2009). *L'hyperactivité*. PUF

- [41] Maurs, C., & Reneric, J. P. (2016). Le TDAH à l'âge adulte: concepts, aspects cliniques, diagnostic. *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte: Approche développementale*, 46.
- [42] Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R., & Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 47.
- [43] DuPaul, G. J., Morgan, P. L., Farkas, G., Hillemeier, M. M., & Maczuga, S. (2016). Academic and social functioning associated with attention-deficit/hyperactivity disorder: Latent class analyses of trajectories from kindergarten to fifth grade. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(7), 1425-1438.
- [44] Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M., & Kewley, G. (2020). Long-term outcomes of ADHD: academic achievement and performance. *Journal of attention disorders*, 24(1), 73-85.
- [45] Sedgwick, J. A. (2018). University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a literature review. *Irish journal of psychological medicine*, 35(3), 221-235.
- [46] Blase, S. L., Gilbert, A. N., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., Swartzwelder, H. S., & Rabiner, D. L. (2009). Self-reported ADHD and adjustment in college: Cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Attention Disorders*, 13(3), 297-309.
- [47] Norwalk, K., Norvilitis, J. M., & MacLean, M. G. (2009). ADHD symptomatology and its relationship to factors associated with college adjustment. *Journal of Attention Disorders*, 13(3), 251-258.
- [48] Advokat, C., Lane, S. M., & Luo, C. (2011). College students with and without ADHD: Comparison of self-report of medication usage, study habits, and academic achievement. *Journal of attention disorders*, 15(8), 656-666.
- [49] Asherson, P., Manor, I., & Huss, M. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: update on clinical presentation and care. *Neuropsychiatry*, 4(1), 109.
- [50] Erskine, H. E., Norman, R. E., Ferrari, A. J., Chan, G. C., Copeland, W. E., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2016). Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(10), 841-850.
- [51] Halmøy, A., Fasmer, O. B., Gillberg, C., & Haavik, J. (2009). Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *Journal of attention disorders*, 13(2), 175-187.
- [52] Anker, E., Halmøy, A., & Heir, T. (2019). Work participation in ADHD and associations with social characteristics, education, lifetime depression, and ADHD symptom severity. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11(2), 159-165.

- [53] Kessler, R. C., Lane, M., Stang, P. E., & Van Brunt, D. L. (2009). The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychological medicine*, 39(1), 137-147.
- [54] Young, S., Morris, R., Toone, B., & Tyson, C. (2006). Spatial working memory and strategy formation in adults diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Personality and individual differences*, 41(4), 653-661.
- [55] Young, S., Morris, R., Toone, B., & Tyson, C. (2007). Planning ability in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 21(5), 581.
- [56] Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw, T. C., Bolea, B., Coghill, D., ... & Pitts, M. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *BMC psychiatry*, 13(1), 59.
- [57] Biederman, J., Faraone, S., Spencer, T., Mick, E., Monuteaux, M., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 524-540.
- [58] Rokeach, A., & Wiener, J. (2018). The romantic relationships of adolescents with ADHD. *Journal of attention disorders*, 22(1), 35-45.
- [59] Bruner, M. R., Kuryluk, A. D., & Whitton, S. W. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptom levels and romantic relationship quality in college students. *Journal of American College Health*, 63(2), 98-108.
- [60] Marsh, L. E., Norvilitis, J. M., Ingersoll, T. S., & Li, B. (2015). ADHD symptomatology, fear of intimacy, and sexual anxiety and behavior among college students in China and the United States. *Journal of attention disorders*, 19(3), 211-221.
- [61] Chen, M. H., Hsu, J. W., Huang, K. L., Bai, Y. M., Ko, N. Y., Su, T. P., ... & Chang, W. H. (2018). Sexually transmitted infection among adolescents and young adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(1), 48-53.
- [62] Maucieri, L., & Carlson, J. (Eds.). (2013). *The Distracted Couple: The impact of ADHD on adult relationships*. Crown House Publishing.
- [63] Joseph, A., Kosmas, C. E., Patel, C., Doll, H., & Asherson, P. (2019). Health-related quality of life and work productivity of adults with ADHD: a UK web-based cross-sectional survey. *Journal of attention disorders*, 23(13), 1610-1623.
- [64] Biederman, J., Faraone, S. V., & Monuteaux, M. C. (2002). Impact of exposure to parental attention-deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, 32(5), 817.
- [65] Park, J. L., Hudec, K. L., & Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 56, 25-39.
- [66] Fuermaier, A. B., Tucha, L., Evans, B. L., Koerts, J., de Waard, D., Brookhuis, K., ... & Tucha, O. (2017). Driving and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of neural transmission*, 124(1), 55-67.

- [67] Rohlf, H., Jucksch, V., Gawrilow, C., Huss, M., Hein, J., Lehmkuhl, U., & Salbach-Andrae, H. (2012). Set shifting and working memory in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of neural transmission*, 119(1), 95-106.
- [68] Barkley, R. A., & Cox, D. (2007). A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of safety research*, 38(1), 113-128.
- [69] Aduen, P. A., Kofler, M. J., Cox, D. J., Sarver, D. E., & Lunsford, E. (2015). Motor vehicle driving in high incidence psychiatric disability: comparison of drivers with ADHD, depression, and no known psychopathology. *Journal of psychiatric research*, 64, 59-66.
- [70] Chang, Z., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B. M., Sjölander, A., & Larsson, H. (2014). Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. *JAMA psychiatry*, 71(3), 319-325.
- [71] Brod, M., Schmitt, E., Goodwin, M., Hodgkins, P., & Niebler, G. (2012). ADHD burden of illness in older adults: a life course perspective. *Quality of Life Research*, 21(5), 795-799.
- [72] Das, D., Cherbuin, N., Butterworth, P., Anstey, K. J., & Easteal, S. (2012). A population-based study of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and associated impairment in middle-aged adults. *PloS one*, 7(2), e31500.
- [73] Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., & Hodgkins, P. (2016). Long-term outcomes of ADHD: a systematic review of self-esteem and social function. *Journal of attention disorders*, 20(4), 295-305.
- [74] Nicastro, R., Desseilles, M., Prada, P., Weibel, S., Perroud, N., & Gex-Fabry, M. (2018). Subjective distress associated with adult ADHD: Evaluation of a new self-report. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 10(1), 77-86.
- [75] Milioni, A. L. V., Chaim, T. M., Cavallet, M., de Oliveira, N. M., Annes, M., dos Santos, B., ... & Zanetti, M. V. (2017). High IQ may “mask” the diagnosis of ADHD by compensating for deficits in executive functions in treatment-naïve adults with ADHD. *Journal of attention disorders*, 21(6), 455-464.
- [76] Masuch, T. V., Bea, M., Alm, B., Deibler, P., & Sobanski, E. (2019). Internalized stigma, anticipated discrimination and perceived public stigma in adults with ADHD. *ADHD attention deficit and hyperactivity disorders*, 11(2), 211-220.
- [77] Marwaha, S., He, Z., Broome, M., Singh, S. P., Scott, J., Eyden, J., & Wolke, D. (2014). How is affective instability defined and measured? A systematic review. *Psychological medicine*, 44(9), 1793.
- [78] Asherson, P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert review of neurotherapeutics*, 5(4), 525-539.
- [79] Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Yorks, D., Miller, C. A., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2011). Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit

hyperactivity disorder: a family risk analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 617-623.

[80] Mitchell, J. T., Robertson, C. D., Anastopolous, A. D., Nelson-Gray, R. O., & Kollins, S. H. (2012). Emotion dysregulation and emotional impulsivity among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: results of a preliminary study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(4), 510-519.

[81] Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293.

[82] Garcia, C. R., Bau, C. H. D., Silva, K. L., Callegari-Jacques, S. M., Salgado, C. A. I., Fischer, A. G., ... & Belmonte-de-Abreu, P. (2012). The burdened life of adults with ADHD: impairment beyond comorbidity. *European Psychiatry*, 27(5), 309-313.

[83] McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1621-1627.

[84] Wingo, A. P., & Ghaemi, S. N. (2007). A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.

[85] Brus, M. J., Solanto, M. V., & Goldberg, J. F. (2014). Adult ADHD vs. bipolar disorder in the DSM-5 era: a challenging differentiation for clinicians. *Journal of Psychiatric Practice®*, 20(6), 428-437.

[86] Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, 17(1), 302.

[87] Torgersen, T., Gjervan, B., & Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic journal of psychiatry*, 60(1), 38-43.

[88] McIntosh, D., Kutcher, S., Binder, C., Levitt, A., Fallu, A., & Rosenbluth, M. (2009). Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 5, 137.

[89] Sternat, T., & Katzman, M. A. (2016). Neurobiology of hedonic tone: the relationship between treatment-resistant depression, attention-deficit hyperactivity disorder, and substance abuse. *Neuropsychiatric disease and treatment*.

[90] Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, 17(1), 302.

[91] Keedwell, P. A., Andrew, C., Williams, S. C., Brammer, M. J., & Phillips, M. L. (2005). The neural correlates of anhedonia in major depressive disorder. *Biological psychiatry*, 58(11), 843-853.

- [92] Olsen, J. L., Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Wender, P. H., & Robison, R. J. (2012). The effect of personality disorder symptoms on response to treatment with methylphenidate transdermal system in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 14(5).
- [93] Paris, J. (2018). Differential diagnosis of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 575-582.
- [94] Smith, T. E., & Samuel, D. B. (2017). A multi-method examination of the links between ADHD and personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 31(1), 26-48.
- [95] Matthies, S., & Philipsen, A. (2016). Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)—Review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 33.
- [96] Weibel, S., Nicastro, R., Prada, P., Cole, P., Rüfenacht, E., Pham, E., ... & Perroud, N. (2018). Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline personality disorder. *Journal of affective disorders*, 226, 85-91.
- [97] Witt, O., Brücher, K., Biegel, G., Petermann, F., & Schmidt, S. (2014). ADHS im Erwachsenenalter versus Borderline-Persönlichkeitsstörung: Kriterien zur Differenzialdiagnostik. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, 82(06), 337-345.
- [98] Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., & Lindefors, N. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC psychiatry*, 10(1), 112.
- [99] Mancini, C., Van Ameringen, M., Oakman, J. M., & Figueiredo, D. (1999). Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 29(3), 515-525.
- [100] Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of Attention disorders*, 10(2), 141-149.
- [101] Cortese, S., Faraone, S. V., Konofal, E., & Lecendreux, M. (2009). Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 894-908.
- [102] Hvolby, A. (2015). Associations of sleep disturbance with ADHD: implications for treatment. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 1-18.
- [103] Snitselaar, M. A., Smits, M. G., van der Heijden, K. B., & Spijker, J. (2017). Sleep and circadian rhythmicity in adult ADHD and the effect of stimulants: a review of the current literature. *Journal of attention disorders*, 21(1), 14-26.
- [104] Van der Heijden, K. B., Stoffelsen, R. J., Popma, A., & Swaab, H. (2018). Sleep, chronotype, and sleep hygiene in children with attention-deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, and controls. *European child & adolescent psychiatry*, 27(1), 99-111.
- [105] Youssef, N. A., Ege, M., Angly, S. S., Strauss, J. L., & Marx, C. E. (2011). Is obstructive sleep apnea associated with ADHD. *Ann Clin Psychiatry*, 23(3), 213-24.

- [106] Beebe, D. W. (2006). Neurobehavioral morbidity associated with disordered breathing during sleep in children: a comprehensive review. *Sleep*, 29(9), 1115-1134.
- [107] Wolraich, M., Brown, L., Brown, R. T., DuPaul, G., Earls, M., Feldman, H. M., & Visser, S. (2011). Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022.
- [108] Sobanski, E., Schredl, M., Kettler, N., & Alm, B. (2008). Sleep in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) before and during treatment with methylphenidate: a controlled polysomnographic study. *Sleep*, 31(3), 375-381.
- [109] Chin, W. C., Huang, Y. S., Chou, Y. H., Wang, C. H., Chen, K. T., Hsu, J. F., & Hsu, S. C. (2018). Subjective and objective assessments of sleep problems in children with attention deficit/hyperactivity disorder and the effects of methylphenidate treatment. *biomedical journal*, 41(6), 356-363.
- [110] Hesselbacher, S., Aiyer, A. A., Surani, S. R., Suleman, A. A., & Varon, J. (2019). A Study to Assess the Relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Obstructive Sleep Apnea in Adults. *Cureus*, 11(10).
- [111] Roy, M., de Zwaan, M., Tuin, I., Philipsen, A., Brähler, E., & Müller, A. (2018). Association between restless legs syndrome and adult ADHD in a German community-based sample. *Journal of attention disorders*, 22(3), 300-308.
- [112] Bethlehem, R. A., Romero-Garcia, R., Mak, E., Bullmore, E. T., & Baron-Cohen, S. (2017). Structural covariance networks in children with autism or ADHD. *Cerebral Cortex*, 27(8), 4267-4276.
- [113] Tsai, L. (2000). Children with autism spectrum disorder: Medicine today and in the new millennium. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15(3), 138-145.
- [114] Mattila, M. L., Hurtig, T., Haapsamo, H., Jussila, K., Kuusikko-Gauffin, S., Kielinen, M., ... & Pauls, D. L. (2010). Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism: a community-and clinic-based study. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(9), 1080-1093.
- [115] Sinzig, J., Morsch, D., Bruning, N., Schmidt, M. H., & Lehmkuhl, G. (2008). Inhibition, flexibility, working memory and planning in autism spectrum disorders with and without comorbid ADHD-symptoms. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2(1), 4.
- [116] Joshi, G., Faraone, S. V., Wozniak, J., Tarko, L., Fried, R., Galdo, M., ... & Biederman, J. (2017). Symptom profile of attention-deficit/hyperactivity disorder in youth with high-functioning autism spectrum disorder: A comparative study in psychiatrically referred populations. *Journal of attention disorders*, 21(10), 846.
- [117] Berenguer, C., Roselló, B., Colomer, C., Baixauli, I., & Miranda, A. (2018). Children with autism and attention deficit hyperactivity disorder. Relationships between symptoms and executive function, theory of mind, and behavioral problems. *Research in developmental disabilities*, 83, 260-269.

- [118] Pitzianti, M., D'AGATI, E. L. I. S. A., Pontis, M., Baratta, A., Casarelli, L., Spiridigliozzi, S., ... & Pasini, A. (2016). Comorbidity of ADHD and high-functioning autism. *Journal of Psychiatric Practice*, 22(1), 22-30.
- [119] Taurines, R., Schwenck, C., Westerwald, E., Sachse, M., Siniatchkin, M., & Freitag, C. (2012). ADHD and autism: differential diagnosis or overlapping traits? A selective review. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(3), 115-139.
- [120] J Klassen, L., S Bilkey, T., A Katzman, M., & Chokka, P. (2012). Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations. *Current drug abuse reviews*, 5(3), 190-198.
- [121] Porteret, R., Bouchez, J., Baylé, F. J., & Varescon, I. (2016). ADH/D and impulsiveness: Prevalence of impulse control disorders and other comorbidities, in 81 adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADH/D). *L'encephale*, 42(2), 130-137.
- [122] Fatséas, M., Hurmic, H., Serre, F., Debrabant, R., Daulouède, J. P., Denis, C., & Auriacombe, M. (2016). Addiction severity pattern associated with adult and childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Research*, 246, 656-662.
- [123] Egan, T. E., Dawson, A. E., & Wymbs, B. T. (2017). Substance use in undergraduate students with histories of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of impulsivity. *Substance use & misuse*, 52(10), 1375-1386.
- [124] Notzon, D. P., Pavlicova, M., Glass, A., Mariani, J. J., Mahony, A. L., Brooks, D. J., & Levin, F. R. (2016). ADHD is highly prevalent in patients seeking treatment for cannabis use disorders. *Journal of attention disorders*, 1087054716640109.
- [125] Mariani, J. J., Khantzian, E. J., & Levin, F. R. (2014). The self-medication hypothesis and psychostimulant treatment of cocaine dependence: An update. *The American journal on addictions*, 23(2), 189-193.
- [126] Crunelle, C. L., Van Den Brink, W., Moggi, F., Konstenius, M., Franck, J., Levin, F. R., ... & Schellekens, A. (2018). International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *European addiction research*, 24(1), 43-51.
- [127] Perroud, N., Nicastro, R., Zimmermann, J., Prada, P., & Aubry, J. M. (2015). *Déficit de l'attention-hyperactivité chez l'adulte: psychopharmacologie et psychothérapie*.
- [128] Banaschewski, T., Roessner, V., Dittmann, R. W., Santosh, P. J., & Rothenberger, A. (2004). Non-stimulant medications in the treatment of ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 13(1), i102-i116.
- [129] Stahl, S. M. (2002). *Psychopharmacologie essentielle*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion.

- [130] ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
<https://ansm.sante.fr/>
- [131] Viktorin, A., Rydén, E., Thase, M. E., Chang, Z., Lundholm, C., D'Onofrio, B. M., ... & Landén, M. (2017). The risk of treatment-emergent mania with methylphenidate in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 174(4), 341-348.
- [132] Perugi, G., & Vannucchi, G. (2015). The use of stimulants and atomoxetine in adults with comorbid ADHD and bipolar disorder. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 16(14), 2193-2204.
- [133] Lafay-Chebassier, C., Chavant, F., Favrelière, S., Pizzoglio, V., & Pérault-Pochat, M. C. (2015). Drug-induced depression: a case/non case study in the French pharmacovigilance database. *Thérapie*, 70(5), 425-432.
- [134] Hollis, C., Chen, Q., Chang, Z., Quinn, P. D., Viktorin, A., Lichtenstein, P., ... & Larsson, H. (2019). Methylphenidate and the risk of psychosis in adolescents and young adults: a population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 651-658.
- [135] Mongia, M., & Hechtman, L. (2012). Cognitive behavior therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. *Current psychiatry reports*, 14(5), 561-567.
- [136] Desseilles, M., Perroud, N., & Grosjean, B. (2014). *Manuel du borderline*. Editions Eyrolles.
- [137] Arns, M., Clark, C. R., Trullinger, M., DeBeus, R., Mack, M., & Aniftos, M. (2020). Neurofeedback and Attention-Deficit/Hyperactivity-Disorder (ADHD) in Children: Rating the Evidence and Proposed Guidelines. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 45(2), 39-48.
- [138] Pitts, M., Mangle, L., & Asherson, P. (2015). Impairments, diagnosis and treatments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in UK adults: results from the lifetime impairment survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(1), 56-63.
- [139] Taylor, E. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder: overdiagnosed or diagnoses missed?. *Archives of Disease in Childhood*, 102(4), 376-379.
- [140] Lazaratou, H., & Golse, B. (2018). L'hyperactivité entre biologie et culture. Les variations géographiques, temporelles et culturelles du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. *La psychiatrie de l'enfant*, 179-198.
- [141] Golse, B. (2015). L'autisme entre psychanalyse et neurosciences: une chance, une illusion ou une impasse?. *Le Coq-heron*, (3), 55-63.
- [142] Bertrand, M. (2005). Qu'est-ce que la subjectivation?. *Le carnet psy*, (1), 24-27.
- [143] Renard, U. (2012). L'invention de l'hyperactivité: quand le test confirme la nosographie et vice-versa. *Figures de la psychanalyse*, (2), 87-97.
- [144] Friemel, É., & Nguyen, T. H. (2004). Exploration et interaction mère/bébé: du visage à l'objet. *La Psychiatrie de l'enfant*, 47(2), 589-609.

- [145] Günter, M. (2015). Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH): un trouble de la transformation des affects et de la pensée?. *L'Année psychanalytique internationale*, 2015(1), 121-154.
- [146] Winnicott, D. W. (1971). La consultation thérapeutique et l'enfant. In *La consultation thérapeutique et l'enfant* (pp. 411-p).
- [147] Stern, D. N., & Cupa, D. (1997). *La constellation maternelle*. Calmann-Lévy.
- [148] Douville, O. (2015). Patrick Landman Tous hyperactifs? L'incroyable épidémie de troubles de l'attention. *Figures de la psychanalyse*, (1), 179-181.
- [149] Labouret, O. (2008). *La dérive idéologique de la psychiatrie: ou Quand le président se prend pour un psy, c'est la France qui devient folle*. Erès.
- [150] Bader, M., & Mazet, P. (2015). Le concept du TDAH et la France de 1890 à 1980: l'instabilité ou le village gaulois d'Asterix?. *La psychiatrie de l'enfant*, 58(2), 609-663.
- [151] Vallée, M. (2019). The countervailing forces behind France's low Ritalin consumption. *Social Science & Medicine*, 238, 112492.
- [152] Renard, U. (2016). TDAH: le virus de l'enfant hubot. *Figures de la psychanalyse*, (1), 143-159.
- [153] Countervailing Forces Against Ritalin Use in France. Mad Am 2019. <https://www.madinamerica.com/2019/10/countervailing-forces-ritalin-use-france/>
- [154] Maier, L. J., Liechti, M. E., Herzig, F., & Schaub, M. P. (2013). To dope or not to dope: neuroenhancement with prescription drugs and drugs of abuse among Swiss university students. *PloS one*, 8(11), e77967.
- [155] J Klassen, L., S Bilkey, T., A Katzman, M., & Chokka, P. (2012). Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations. *Current drug abuse reviews*, 5(3), 190-198.
- [156] Brook, J. S., Balka, E. B., Zhang, C., & Brook, D. W. (2017). ADHD, conduct disorder, substance use disorder, and nonprescription stimulant use. *Journal of attention disorders*, 21(9), 776-782.
- [157] Sweeney, C. T., Sembower, M. A., Ertischek, M. D., Shiffman, S., & Schnoll, S. H. (2013). Nonmedical use of prescription ADHD stimulants and preexisting patterns of drug abuse. *Journal of addictive diseases*, 32(1), 1-10.
- [158] Bezemer, J. (2017). Visual research in clinical education. *Medical Education*, 51(1), 105-113.
- [159] Pedersen, K., Moeller, M. H., Paltved, C., Mors, O., Ringsted, C., & Morcke, A. M. (2018). Students' learning experiences from didactic teaching sessions including patient case examples as either text or video: a qualitative study. *Academic Psychiatry*, 42(5), 622-629.

- [160] De Leng, B. A., Dolmans, D. H., Van de Wiel, M. W., Muijtjens, A. M. M., & Van Der Vleuten, C. P. (2007). How video cases should be used as authentic stimuli in problem-based medical education. *Medical education*, 41(2), 181-188.
- [161] Ikegami, A., Ohira, Y., Uehara, T., Noda, K., Suzuki, S., Shikino, K., ... & Ikusaka, M. (2017). Problem-based learning using patient-simulated videos showing daily life for a comprehensive clinical approach. *International Journal of Medical Education*, 8, 70.
- [162] Brockfeld, T., Müller, B., & de Laffolie, J. (2018). Video versus live lecture courses: a comparative evaluation of lecture types and results. *Medical education online*, 23(1), 1555434.
- [163] Botelho, M. G. (2019). The communal consultation video—Enhancing learning and broadening experience through observing dialogue. *European Journal of Dental Education*, 23(1), 14-19.
- [164] Snow, R., Crocker, J., Talbot, K., Moore, J., & Salisbury, H. (2016). Does hearing the patient perspective improve consultation skills in examinations? An exploratory randomized controlled trial in medical undergraduate education. *Medical teacher*, 38(12), 1229-1235.
- [165] Ilario, C., Alt, A., Bader, M., & Sentissi, O. (2019). Can ADHD have an adulthood onset?. *L'Encephale*, 45(4), 357-362.

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : AKMADOVAPrénom : SHANS

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales que j'encours
en cas de déclaration erronée ou incomplète*

Signature originale :

A Strasbourg, le 30 août 2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Le Trouble du Déficit de l'Attention-Hyperactivité (TDAH) de l'adulte est encore aujourd'hui un trouble controversé, notamment chez les psychiatres. Les médecins généralistes qui sont des acteurs clés dans le cadre de la médecine de ville sont aussi confrontés au TDAH de l'adulte.

Nous avons étudié le concept du TDAH à travers son histoire, son épidémiologie, sa présentation clinique et son impact sur la vie. Pour mieux comprendre les attitudes cliniques des médecins généralistes face à ce trouble nous avons établi un questionnaire, dont les résultats ont mis en évidence le manque d'information sur le TDAH de l'adulte. Un travail bibliographique nous a renseigné sur la vision des psychiatres, qui sont très partagé face à ce trouble. Devant ce que nous avons découvert et compris sur le TDAH de l'adulte et comment il est dépisté, diagnostiqué et traité nous avons ressenti le besoin d'un changement dans la façon de prendre en charge ce trouble.

Dans le but d'améliorer les connaissances des médecins sur le TDAH de l'adulte, nous avons réuni des témoignages vidéo des patients, qui ont accepté de partager leur vécu du trouble et leur parcours médical. Ces enregistrements regroupent des extraits selon thématiques à visée didactique sur ce trouble complexe et finalement peu connu et peu reconnu en France.

Rubrique de classement : Psychiatrie

Mots-clés : déficit attentionnel, hyperactivité, TDAH de l'adulte, formation vidéographique

Président : Pr G. Bertschy

**Assesseurs : Pr C. Schröder
Pr F. Berna
Dr C. Kraemer
Dr S. Weibel**

Adresse de l'auteur : 5 rue du Bon Pasteur, 67000 Strasbourg
