

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 59

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
Mention PSYCHIATRIE

PAR

WAENTZ Jean-Rémi  
Né le 7 juin 1991 à Schiltigheim

**L'expérience et les besoins de la prise en charge du TDAH de l'adulte par le psychiatre  
et l'addictologue : une étude qualitative**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sébastien WEIBEL























## SERMENT D'HIPPOCRATE

(Version proposée en 2012 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

*Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.*

## REMERCIEMENTS

**A mon maître et Président de Thèse, Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY,**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre confiance, votre disponibilité, votre bienveillance et votre précieux engagement dans notre formation.

**A mon maître et juge, Madame la Professeure Laurence LALANNE,**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse. Merci pour l'enseignement riche que vous nous avez prodigué au fil de notre cursus.

**A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Sébastien WEIBEL,**

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse. Merci pour ta confiance, pour ton accompagnement expert qui m'a grandement guidé, pour ta disponibilité et le précieux temps que tu m'as accordé.

**A mes maîtres et collègues des services de psychiatrie et pédopsychiatrie, en particulier de Strasbourg, Rouffach, Brumath et Cronembourg,**

Merci à eux pour ces expériences professionnelles enrichissantes au service des patients et pour la formation que j'ai eu la chance d'avoir.

**Aux médecins ayant accepté de participer à ce travail,**

Merci pour leur contribution sans laquelle ce travail n'aurait pas été possible.

**A ma famille, ma belle-famille et mes amis,**

Merci pour votre présence, vos pensées et votre soutien.

## TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	21
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>22</b>
<b>LE TDAH DE L'ADULTE ET SA PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>24</b>
I. EPIDEMIOLOGIE.....	24
II. CLINIQUE.....	25
III. COMORBIDITES HORS ADDICTOLOGIE.....	26
A. Troubles de l'humeur.....	26
B. Troubles anxieux.....	27
C. Troubles de la personnalité.....	28
D. Autres troubles neuro-développementaux.....	28
E. Troubles du sommeil.....	28
IV. CRITERES DIAGNOSTIQUES.....	29
V. IMPACT DU TROUBLE.....	30
VI. ETIOPATHOGENIE.....	31
VII. THERAPEUTIQUE.....	32
A. Traitements non médicamenteux.....	33
B. Traitements médicamenteux.....	34
1. Recommandations internationales.....	34
2. Traitements psychostimulants.....	34
Les amphétamines.....	35
Le méthylphénidate.....	35
Le méthylphénidate en France.....	37
3. Traitements non psychostimulants.....	37
L'atomoxétine.....	38
Autres médicaments.....	38
4. Bénéfices au-delà du TDAH.....	38
VIII. TDAH ET ADDICTOLOGIE.....	39
A. Epidémiologie.....	39

B. Interaction physiopathologique et clinique.....	40
C. Diagnostic.....	41
D. Traitement.....	42
IX. FREINS ET ESPOIRS DE LA PRISE EN CHARGE.....	44
<b>ETUDE QUALITATIVE.....</b>	<b>49</b>
I. INTRODUCTION.....	49
II. MATERIEL ET METHODE.....	51
A. Type d'étude.....	51
B. Population cible et recrutement.....	51
C. Contenu du guide d'entretien.....	52
D. Recueil des données.....	52
E. Analyse des données.....	53
III. RESULTATS.....	54
A. Des pratiques et des acteurs multiples.....	55
1. Les aspects de la demande du patient.....	56
a. Une demande importante des patients, souvent justifiée.....	56
b. Des souffrances objets de demandes.....	57
c. L'autodiagnostic des patients, parfois erroné.....	58
2. La démarche diagnostique du praticien.....	60
a. Une démarche diagnostique plus ou moins active.....	60
b. L'utilisation des questionnaires d'aide au diagnostic.....	61
c. Le lien avec la famille.....	62
d. Une entrée diagnostique par les comorbidités.....	62
3. Une prise en charge non médicamenteuse par le praticien décrite comme limitée.....	63
a. La psychoéducation, l'éducation thérapeutique et le coaching.....	63
b. La méditation pleine conscience.....	64
c. Une prise en charge psychothérapeutique décrite comme limitée.....	64
4. Les spécificités de la prise en charge en addictologie.....	65
a. Une forte prévalence en addictologie.....	65
b. Un travail collégial et pluridisciplinaire des addictologues.....	66
c. Un besoin de plus de moyens humains d'accompagnement sollicité par les addictologues.....	67
5. L'implication du psychologue et du neuropsychologue.....	67
a. L'adressage par le psychologue et le neuropsychologue.....	67
b. L'aide diagnostique du psychologue et du neuropsychologue.....	68
c. La psychothérapie par le psychologue et le neuropsychologue.....	68

6. L'implication diverse des patients.....	69
a. Des patients informés et acteurs.....	69
b. Les difficultés dans la prise en charge du fait des symptômes du trouble.....	70
c. Les difficultés des patients en addictologie.....	71
d. La proposition de groupes thérapeutiques pour les patients.....	71
B. Les compétences en question.....	72
1. L'expérience débutante de formation liée au trouble.....	72
a. Une formation initiale seulement récente.....	72
b. Une formation continue impulsée par les experts.....	73
c. L'autoformation.....	73
2. Un manque d'aisance exprimé.....	74
a. Le manque de compétence exprimé.....	74
b. Le manque d'assurance exprimé.....	75
3. Des besoins de formation et d'information.....	76
a. Un besoin de formation exprimé.....	77
b. Des besoins de formation et des questions spécifiques.....	78
c. Un besoin d'information et de sensibilisation des médecins et du grand public.....	79
4. Des motivations à une qualité de la prise en charge.....	80
a. Une nécessité de bien répondre aux besoins des patients en souffrance.....	81
b. L'intérêt pour le trouble et pour sa formation.....	82
5. Les propositions d'aide et de formation.....	82
a. Le moyen de la formation magistrale.....	82
b. La proposition d'observations cliniques.....	83
c. La proposition d'un document d'aide.....	84
d. La proposition d'une plateforme internet.....	85
C. Une prise en charge complexe et récente.....	85
1. Une expérience en question.....	86
a. Une expérience récente et encore faible.....	86
b. Un besoin d'expérience et de temps.....	87
c. Une expérience forcée par la surcharge des experts.....	88
2. Des difficultés diagnostiques.....	89
a. La complexité clinique du diagnostic.....	89
b. La difficulté diagnostique liée aux diagnostics différentiels hors trouble addictologique.....	90
c. La complexité diagnostique en addictologie.....	91
d. Des questionnaires à défaut(s).....	93
e. La question de l'adulte non diagnostiqué durant l'enfance.....	93

3. Des difficultés cliniques liées au traitement médicamenteux.....	94
a. Des difficultés du fait de l'inefficacité perçue du méthylphénidate, y compris en addictologie.....	95
b. Des difficultés du fait des effets indésirables du méthylphénidate.....	96
c. Des difficultés dans la gestion du méthylphénidate du fait des comorbidités.....	96
4. Des difficultés pratiques.....	98
a. Des consultations diagnostiques longues et répétées.....	98
b. La contrainte de la prescription sécurisée.....	99
c. Une AMM limitée.....	100
D. Des représentations en mouvement.....	100
1. Une réticence conceptuelle.....	100
a. Un diagnostic peu reconnu.....	101
b. La réticence d'une ancienne génération.....	102
c. La réticence des psychanalystes.....	103
d. Une représentation d'un trouble de l'enfant.....	104
e. Une réticence qui peut évoluer.....	104
2. Des influences externes.....	105
a. L'image du phénomène de mode.....	106
b. Une impression de lobbying.....	107
c. Une expérience dans la vie privée.....	107
3. Entre trouble et traits, où placer le curseur.....	108
a. Le constat du sous-diagnostic.....	108
b. Une peur de surdiagnostic... ..	109
c. ...très sous-tendue par une peur de surprescription... ..	110
d. ...et pour certains une volonté d'éviter une surmédicalisation... ..	110
e. ...jusqu'à une minimisation du retentissement du TDAH ?.....	113
4. Le méthylphénidate, source de prudence.....	114
a. Une réticence et une crainte de la prescription du méthylphénidate.....	114
b. La crainte liée à la sécurité et aux effets cardiovasculaires.....	114
c. Un questionnement sur l'effet thérapeutique du méthylphénidate.....	115
5. Le méthylphénidate, un stupéfiant qui entraîne des réticences.....	115
a. La peur d'un médicament stupéfiant.....	115
b. La peur de la dépendance pharmacologique.....	116
c. La peur du mésusage et du détournement de substance.....	116
d. La réticence au traitement en addictologie.....	116
6. Le méthylphénidate, un stupéfiant à l'épreuve de la réalité.....	117
a. L'expérience du mésusage et du détournement, évoquée une fois.....	117
b. L'épreuve de la réalité d'absence de mésusage.....	117

7. Le méthylphénidate, un traitement utile et accessible au praticien.....	118
a. Une efficacité perçue du méthylphénidate sur les symptômes du trouble.....	119
b. L'expérience d'une diminution des toxiques chez des patients sous méthylphénidate.....	119
c. La dédramatisation du traitement.....	119
8. Des preuves par la pratique.....	120
E. Des rôles à définir.....	121
1. Des difficultés dans le parcours de soin.....	122
a. Un accès difficile à la prise en charge.....	122
b. Les psychiatres ne sont pas experts du trouble.....	123
c. L'adressage parfois systématique à des experts surchargés.....	124
d. Des généralistes peu impliqués selon certains praticiens.....	125
2. Des attentes liées aux rôles dans le parcours de soin.....	126
a. Les psychiatres devraient maîtriser le trouble.....	126
b. La possibilité pour certains d'augmenter l'activité spécifique liée au trouble.....	126
c. Le souhait pour certains de ne pas augmenter l'activité spécifique liée au trouble.....	127
d. Le besoin d'implication du médecin traitant.....	128
3. Un besoin de réseau et d'aide.....	128
a. Le besoin d'un réseau d'experts.....	129
b. Un besoin de pluridisciplinarité supplémentaire et d'aide en addictologie.....	129
c. Le besoin d'un réseau et de réunions de pairs.....	130
d. Un besoin de protocoliser la prise en charge.....	131
4. La possibilité de la prescription initiale du méthylphénidate à définir.....	132
a. Une réglementation actuelle adéquate.....	133
b. L'ouverture de l'initiation de prescription aux addictologues.....	134
c. L'ouverture de l'initiation de prescription aux généralistes.....	136
d. Une question de responsabilité et de compétence plutôt que de réglementation d'initiation.....	137
IV. DISCUSSION.....	138
A. Synthèse et discussion des résultats.....	138
1. Des difficultés conceptuelles pour les praticiens.....	139
2. Une faible compétence ressentie par les praticiens.....	141
3. Des patients acteurs.....	142
4. Une prise en charge complexe.....	144
5. Les spécificités en addictologie.....	147
6. Des stratégies d'adaptation des praticiens et des changements en cours.....	148
7. Les besoins et propositions d'aide.....	151

B. Limites de l'étude.....	153
C. Perspectives et implications.....	154
1. L'organisation et l'optimisation du parcours de soin.....	154
2. Une discussion de l'ouverture de la prescription initiale et des AMM.....	154
3. Les conférences de formation et la création d'un document synthétique .....	155
4. La création de groupes d'intervision.....	155
<b>CONCLUSION</b> .....	156
<b>ANNEXES</b> .....	159
Annexe 1. Critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5.....	159
Annexe 2. Guide d'entretien semi-structuré.....	161
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	162

## LISTE DES ABREVIATIONS

AAC : autorisation d'accès compassionnel  
 ADHD : attention deficit hyperactivity disorder  
 ADOS : Autism Diagnosis Observation Schedule  
 AMM : autorisation de mise sur le marché  
 APA : American Psychiatric Association  
 ASRS : Adult ADHD Self-Report Scale  
 AUDIT : Alcohol Use Disorders Test  
 CAADID : Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV  
 CAARS : Conners Adult ADHD Rating Scales  
 CADDRA : Canadian ADHD Resource Alliance  
 CMP : centre médico-psychologique  
 CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie  
 DAST : Drug Abuse Screening Test  
 DIU : diplôme interuniversitaire  
 DIVA : Diagnostic Interview for Adult ADHD  
 DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
 ENAA : European Network Adult ADHD  
 ETP : éducation thérapeutique du patient  
 HAS : Haute Autorité de Santé  
 ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine  
 LI : libération immédiate  
 LM : libération modifiée  
 LP : libération prolongée  
 NICE : National Institute for Health and Care Excellence  
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
 PRISM : Psychiatric Research interview for Substance and Mental Disorders  
 TCC : thérapie cognitivo-comportementale  
 TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité  
 TSO : traitement de substitution des opiacés  
 TUS : trouble de l'usage de substance  
 UPPS : Urgency, Perseverance, Premeditation and Sensation Seeking Impulsive Behavior Scale  
 WFIRS : WEISS Functional Impairment Rating Scale  
 WRAADDS : Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale  
 WURS : Wender Utah Rating Scale

## INTRODUCTION

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neuro-développemental fréquent, invalidant, et aux comorbidités nombreuses, s'exprimant à tous les âges de la vie, par des symptômes persistants de déficit dans la capacité à contrôler son degré d'attention, d'hyperactivité, et d'impulsivité.

Chez l'enfant il est décrit depuis plusieurs siècles, et identifié puis reconnu dans sa persistance adulte depuis quelques décennies. Dans les années 1970, Wender décrit une persistance à l'âge adulte du « *Minimal Brain Dysfunction* » de l'enfant (1). En 1994, le DSM-IV de l'APA reconnaît une persistance possible du TDAH à l'âge adulte dans beaucoup de cas (2). Wender publie en 1995 le questionnaire WURS qui permet une autoévaluation rétrospective durant l'enfance (3).

Bien qu'il soit aujourd'hui reconnu par la communauté scientifique, le TDAH chez l'adulte est un trouble pouvant être sujet à polémiques sur sa conceptualisation et son traitement. Comme nous le verrons dans ce travail, la prise en charge du TDAH de l'adulte en France est une question critique et en mouvement, qui mêle défi et espoir. « *Tu saurais où je pourrais envoyer un proche pour une suspicion de TDAH ? Les délais sont énormes pour les quelques-uns qui s'en occupent.* » : Voici ce que l'on peut toujours entendre y compris entre psychiatres. Pourtant, de nombreux changements sont en cours comme nous le verrons, notamment au niveau réglementaire avec une ouverture de la prescription du traitement par méthylphénidate que nous détaillerons.

Partant de cette expérience et ce constat, nous avons décidé de nous intéresser à l'état actuel de la prise en charge du TDAH de l'adulte, avec la participation aux « réunions TDAH » mensuelles au service de Psychiatrie 2 du CHU de Strasbourg, la participation à des conférences de formation aux psychiatres et aux addictologues par les experts de Strasbourg, et une observation de consultations spécialisées en ville. A l'occasion des conférences, nous avons pu observer l'implication nécessaire

des addictologues dans la prise en charge du trouble tant, comme nous le verrons, celui-ci est fréquemment intriqué avec les troubles addictologiques. Au CHU de Strasbourg, une étude qualitative par entretiens auprès de 10 médecins généralistes sur la prise en charge du TDAH de l'adulte a été réalisée en 2022 pour une thèse de médecine générale par Jonathan Moussa (4) : elle a montré le besoin d'éducation des médecins, l'importance du courrier de compte-rendu spécialisé, des freins à la prise en charge comme la complexité perçue et les difficultés du parcours de soin. Elle a mené à l'élaboration d'un document synthétique d'information à destination du médecin généraliste. Dans la continuité de ce travail, et pour aborder la problématique de la prise en charge du trouble en psychiatrie et en addictologie, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de psychiatres et d'addictologues avec l'objectif d'explorer leur expérience et leurs besoins dans la prise en charge du TDAH chez l'adulte.

Dans ce travail, nous allons tout d'abord décrire le TDAH de l'adulte et sa prise en charge. Puis nous allons présenter notre travail de recherche qualitative avant de discuter les implications potentielles de ses résultats.

# LE TDAH DE L'ADULTE ET SA PRISE EN CHARGE

## I. EPIDEMIOLOGIE

La prévalence du TDAH chez l'enfant est de 3 à 5% (5,6). Pour l'adulte, l'OMS publiait en 2017 un rapport regroupant les données de vingt pays à travers le monde pour retrouver une prévalence moyenne de 2,8% et des disparités représentées par une prévalence plus élevée (3,6%) dans les pays riches et plus faible (1,4%) dans les pays pauvres (7). Le trouble à l'âge adulte a été significativement associé au fait d'être un homme (odds ratio 1,6), précédemment marié, et d'avoir un faible niveau d'éducation (7).

Dans une étude réalisée en France, Caci *et al.* obtenaient en 2014 une prévalence de 3% en France, sans différence significative entre groupes, dont le genre (8).

La persistance du trouble entre l'enfance et l'âge adulte dépend de la définition que l'on en donne. En effet, une méta-analyse de Faraone *et al.* en 2006 montrait qu'une persistance d'un trouble complet s'observait dans environ 15% des cas diagnostiqués pendant l'enfance, alors qu'une persistance symptomatique incomplète à type de rémission partielle s'observait dans environ 65% des cas (9).

Des études longitudinales prospectives publiées en 2015 et 2016 suggéraient l'apparition d'une forme de TDAH de novo à l'âge adulte, d'apparition tardive, différent d'un trouble neurodéveloppemental apparu dès l'enfance. En effet, Moffit *et al.* (2015) (10) observaient que 90% des adultes avec TDAH ne présentaient en réalité pas d'antécédent du trouble durant l'enfance. Le facteur de risque polygénique pour le TDAH chez l'enfant n'était pas observé dans les cas diagnostiqués à l'âge adulte alors que pour les patients ayant un diagnostic durant l'enfance il l'était (10). Agnew-Blais *et al.* (2016) (11) observaient chez les jeunes adultes avec diagnostic de TDAH que 67,5% d'entre eux ne répondaient pas aux critères du trouble lors d'une évaluation durant l'enfance, alors que le groupe présentant une persistance à l'âge adulte d'un trouble diagnostiqué durant l'enfance était plus petit que

le groupe d'apparition tardive du trouble. Néanmoins, chez les jeunes adultes, les symptômes et leur retentissement étaient comparables entre les deux groupes (11). Ilario *et al.* concluaient en 2019 dans un article de synthèse que « le TDA/H de l'adulte est encore considéré une continuité du TDA/H de l'enfance, mais la possibilité qu'il puisse être reconnu comme un trouble d'apparition tardive reste un sujet d'actualité » (12).

## II. CLINIQUE

Le TDAH se manifeste par une triade symptomatique variable et évolutive à type d'inattention, hyperactivité et impulsivité. Cette triade de catégories symptomatiques permet de décrire trois présentations cliniques : inattention prédominante, hyperactivité/impulsivité prédominantes, et forme combinée. Les symptômes et les présentations cliniques évoluent avec l'âge, en lien avec la maturation cérébrale et l'évolution dans l'environnement (13). Alors que les symptômes d'inattention semblent persister au cours de la vie, l'hyperactivité-impulsivité tend à diminuer à l'âge adulte (13).

Alors qu'elle n'est pas dans les critères diagnostiques du trouble, une dysrégulation émotionnelle, à type d'hyperréactivité et de labilité, est une dimension symptomatique souvent observée (14).

Les symptômes d'inattention se manifestent en fait par un déficit dans la capacité à contrôler son degré d'attention et n'est pas un déficit d'attention permanent : l'attention est modulée par le contexte et le degré de stimulation de l'activité en cours ou prévue, si bien que des activités nouvelles, stimulantes ou plaisantes peuvent générer un état d'hyperfocalisation (14). Ces fluctuations attentionnelles mènent volontiers à la distractibilité et au vagabondage excessif de pensée. Des troubles exécutifs, aux conséquences importantes, sont souvent associés. Ces derniers regroupent des difficultés d'organisation, de planification, de hiérarchisation, de gestion du temps, des difficultés de la mémoire de travail, un impact sur la vitesse de traitement de l'information (15). Une symptomatologie fréquente et invalidante associée est la procrastination.

L'hyperactivité est plus volontiers cognitive chez l'adulte, à l'inverse de ce qui s'observe chez les enfants, plus à même d'avoir une instabilité motrice. Les adultes décrivent une sensation de tension interne avec des flux de pensées abondants (14). Certains utilisent des stratégies socialement acceptables de contrôle du besoin permanent de bouger. L'impulsivité se manifeste par des difficultés d'inhibition, notamment verbales, et une difficulté à attendre (14).

Les stratégies d'adaptation et de compensation sont parfois « obsessionnelles » (14). Par exemple pour prévenir les oublis, compenser les difficultés de la mémoire de travail ou encore faire face à une anxiété anticipatoire de performance, le perfectionnisme ou les vérifications dans un fonctionnement rigide ne sont pas rares. Si on ajoute à cela la diminution possible de la vitesse de traitement de l'information, on imagine le retentissement fonctionnel que cela peut provoquer notamment en termes d'utilisation de temps et d'énergie. Toute cette symptomatologie peut donc logiquement être source d'épuisement mais aussi de masquage du trouble, notamment lorsqu'il finit par être découvert à l'âge adulte.

### III. COMORBIDITES HORS ADDICTOLOGIE

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses et fréquentes. A l'âge adulte, 65 à 89% des patients avec TDAH présentent au moins une comorbidité psychiatrique (16), et pour les patients ayant au moins trois diagnostics psychiatriques sur une période, l'association avec le TDAH est multipliée par 9,6 (7). Les comorbidités peuvent masquer le TDAH par leur fréquence et leur manifestation : or non seulement le TDAH est un trouble souvent primaire, mais son traitement est aussi particulièrement dépendant de la prise en charge de ses comorbidités et inversement.

#### A. Troubles de l'humeur

Le trouble bipolaire est comorbide chez 47% des adultes avec TDAH, et le TDAH est comorbide chez 21% des adultes avec trouble bipolaire, d'après une étude (17). Le trouble bipolaire de type 1 est plus fréquemment associé que le type 2, la bipolarité débute plus tôt et est plus sévère (18). Des symptômes similaires peuvent être présents rendant parfois difficile le diagnostic différentiel ou le double diagnostic : on peut citer les symptômes d'énergie augmentée, distractibilité, désorganisation, impulsivité, hyperactivité, tachypsychie/tachyphémie (19).

Le trouble dépressif majeur est prévalent chez 19% des patients avec TDAH (20). Le retentissement symptomatique du TDAH et ses conséquences, notamment liés à un stress chronique, peuvent logiquement en faire un terrain propice au développement d'une dépression. Un lien physiopathologique entre TDAH et trouble dépressif peut être représenté par l'anhédonie dans la dépression, du fait d'un faible « *tonus hédonique* » aussi retrouvé dans le TDAH et les conduites addictives (21). Ce trait donne une capacité réduite à éprouver du plaisir et participe du mécanisme d'altération du circuit de la récompense et de ses compensations pathologiques. En outre il participe aussi de la résistance dépressive aux ISRS augmentant le risque d'émoussement affectif iatrogène et de résistance par une balance dopaminergique et noradrénergique insuffisante (21).

La dysrégulation émotionnelle, les anomalies de prises de décisions et l'impulsivité du TDAH aggravent les conduites suicidaires (14), notamment sur un terrain fragilisé de trouble de l'humeur décompensé.

## B. Troubles anxieux

Les troubles anxieux sont comorbides dans 47% des cas de TDAH (20). Ils sont de tous types et sujets aux mécanismes compensatoires, qu'ils soient obsessionnels ou inhibiteurs, pouvant masquer le TDAH (14). L'anxiété peut notamment être une conséquence des troubles d'ordre cognitif par leurs places dans le quotidien. Une conséquence logique en est un retentissement sur l'estime de soi. Une faible estime de soi est souvent présente de même que son implication dans le trouble dépressif (14).

### C. Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité sont très comorbides, notamment ceux du cluster B : Trouble borderline pour 34%, antisocial pour 19%, narcissique pour 25% (22). Les traits de personnalité se développent et sont intriqués avec le TDAH si bien ce que dernier influence leur développement. (14).

### D. Autres troubles neuro-développementaux

Ils sont fréquemment associés (23) et représentés par des troubles des acquisitions, mais surtout par les troubles du spectre de l'autisme qui partagent des traits étiopathogéniques communs et dont une symptomatologie de TDAH est comorbide dans 58% à 85% des cas (14).

### E. Troubles du sommeil

Les pathologies du sommeil et les perturbations du sommeil constituent un facteur d'aggravation symptomatologique et d'apparition des comorbidités (14).

Les paramètres subjectifs de sommeil sont significativement altérés, de même que la latence d'endormissement, augmentée, et l'efficacité du sommeil, diminuée, ces deux paramètres étant mesurés par actimétrie (24). Aucune spécificité dans les enregistrements polysomnographiques n'a été retrouvée (24).

Le syndrome des jambes sans repos est associé au TDAH (25) et présente avec lui une interaction physiopathologique du système dopaminergique par une altération du métabolisme du fer intracérébral (14).

## IV. CRITERES DIAGNOSTIQUES

Le diagnostic est uniquement clinique, basé sur les critères du DSM-5 (26), retrouvés en [annexe 1]. Chez l'adulte d'au moins 17 ans, doivent être présents sur un mode persistant, dans au moins deux contextes de vie différents depuis minimum 6 mois, au moins 5 critères sur 9 pour l'inattention et/ou pour l'hyperactivité-impulsivité, formant soit une des deux présentations prédominantes soit la forme combinée. En outre plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité devaient être présents avant l'âge de 12 ans (26). Ce dernier point est évalué à l'aide d'un proche et des bulletins scolaires. Le diagnostic fait donc appel à une finesse anamnétique et clinique du temps présent et passé et nécessite donc rigueur et implication du clinicien dans l'interrogatoire. Pour poser le diagnostic, il doit y avoir un retentissement fonctionnel dans au moins 2 domaines : social et scolaire et/ou professionnel (26).

Des outils d'aide à l'évaluation du TDAH sont disponibles (14) :

- L'auto-questionnaire ASRS-V1.1 de l'OMS est basé sur le DSM-IV. Il est validé en français, et ses six premières questions, de dépistage, constituent la version « screener » (27). Cette version présente une sensibilité de 68,7 % et une spécificité de 99,5 % contre respectivement 56,3 % et 98,3 % pour la version longue à 18 questions (27).
- Le guide d'entretien diagnostique semi-structuré DIVA-5 est un outil d'hétéro-évaluation selon les critères du DSM-5, traduit non validé en français.
- Le questionnaire WRAADD (version auto- ou hétéro-questionnaire), traduit non validé en français, permet l'évaluation de dimensions symptomatiques hors critères du DSM, notamment la dysrégulation émotionnelle et la désorganisation.
- L'auto-questionnaire WURS-25 est validé en français et évalue rétrospectivement en 25 items les symptômes présents dans l'enfance du patient, avec une évaluation émotionnelle et comportementale.
- L'auto-questionnaire WFIRS, traduit validé en français, permet l'auto-évaluation du retentissement du trouble dans les différents domaines de la vie du patient.

## V. IMPACT DU TROUBLE

La souffrance liée au TDAH chez l'adulte se manifeste indépendamment du pays ou de l'environnement socioculturel comme l'illustre une étude qualitative par Brod *et al.* en 2012 comparant le vécu de patients, retrouvé similaire, à travers sept pays dont les Etats-Unis et la France (28).

La mise à jour publiée en 2019 du consensus européen sur le diagnostic et le traitement du TDAH chez l'adulte rapportait de façon étayée de nombreuses de conséquences du TDAH dans la vie des patients, à tous âge (15). Au niveau socio-professionnel, il provoque décrochage scolaire, sous-performance au travail, changements fréquents de travail, problèmes financiers et plus de grossesses à l'adolescence. Il est lié à une augmentation de la criminalité, de la violence conjugale et des conflits. Au niveau somatique, il augmente le risque de maladie sexuellement transmissible, fatigue chronique, maladies auto-immunes, obésité, diabète, hypertension, cardiopathie et cancer. Il est lié à une augmentation des accidents domestiques et de la circulation, une augmentation des tentatives de suicide et de gestes auto-agressifs chez les adolescents, et enfin une augmentation de la mortalité (15). Il en résulte logiquement des conséquences économiques de coût important lié au trouble (15).

La stigmatisation du trouble et des patients représente en outre un facteur de risque sous-estimé de péjoration de la pathologie, du soin et de la souffrance du patient (29). Elle rejoint la notion de faible estime de soi, par ailleurs fréquente dans le trouble, par l'auto-stigmatisation (29).

La Fédération Mondiale du TDAH publiait en 2021 une déclaration de consensus international sur le trouble avec l'exposition de 208 conclusions et affirmations étayées, basées sur des niveaux de preuves élevés, concernant les différents aspects du TDAH et de sa prise en charge (30). L'objectif est d'assoir les données de la science pour réduire la stigmatisation et les idées fausses sur le trouble (30).

## VI. ETIOPATHOGENIE

L'étiopathogénie du TDAH est multifactorielle et complexe, associant à la fois des facteurs génétiques, environnementaux précoces et tardifs. A ce jour, sa compréhension reste imparfaite.

Les études génétiques ont permis de constater une prévalence du trouble plus élevée chez les parents de patients atteints de TDAH ainsi qu'une agrégation familiale (31,32), et de mettre en évidence une héritabilité, notamment évaluée à 76% d'après des études chez les jumeaux (33). Cette dernière est due pour environ un tiers à un polygénisme avec de nombreux variants génétiques courants ayant chacun de petits effets (32). Outre ce risque polygénique, des variants notamment liés à la transmission de la dopamine ont été identifiés par méta-analyse (34), mais « leur statut de gènes à risque reste incertain jusqu'à validation par une étude d'analyse intégrale du génome » selon le consensus international de la Fédération Mondiale du TDAH (30).

Une approche environnementale permet d'identifier un risque lié à des expositions, au plomb et au PCB, mais aussi à l'alcool et au tabac pendant la grossesse ; de même qu'un risque lié à un faible poids de naissance ou encore des complications de la grossesse et de l'accouchement menant à une hypoxie (35). Enfin, une maltraitance et une carence affective précoces sont aussi des facteurs de risque (36). Néanmoins, des études restent à faire pour évaluer les possibles facteurs de confusion génétiques liés à ces facteurs de risque environnementaux (15).

Les études utilisant la neuropsychologie ont montré des déficits cognitifs multiples et hétérogènes (30,37). Les déficits exécutifs concernent le contrôle inhibiteur, la mémoire de travail (plus volontiers spatiale (38)), l'attention, la vigilance et la planification. La sensibilité à la récompense est aussi impactée et reconnue comme centrale (39), avec des renforcements et décisions prises moins bonnes et plus risquées, des récompenses immédiates préférées aux récompenses différées (30,39). D'autres déficits cognitifs sont représentés par une altération de la vitesse de traitement de l'information et de la perception du temps, et du contrôle de l'activité motrice (30). Bien qu'elles soient utiles, les évaluations neuropsychologiques ne font pas la base du diagnostic car elles concernent des altérations non spécifiques et sont potentiellement influencées par les stratégies de compensation chez l'adulte.

Une approche neurobiologique permet d'observer l'absence de différences significatives entre la structure cérébrale des patients adultes et celle des témoins, d'après une méta-analyse publiée en 2017 par Hoogman *et al.* (40). Des différences significatives y étaient observées chez les enfants pour le noyau accumbens, l'amygdale, le noyau caudé, l'hippocampe, le putamen et le volume intra-crânien, qui étaient plus petits, mais avec une taille d'effet faible, non pertinente à un degré individuel (40). Ceci suggère de lier le TDAH avec un retard de maturation cérébrale. Des anomalies de la microstructure de la substance blanche ont par ailleurs été détectées, touchant des zones étendues et en interconnexion (15). Corroborant le modèle d'une défaillance préfronto-striatale, ont été retrouvées dans une méta-analyse d'IRM fonctionnelles par Cortese *et al.* en 2012 une hypoactivation neuronale fronto-pariétale alors qu'il a été retrouvé une hyperactivation des réseaux neuronaux visuels, du réseau attentionnel dorsal, et du réseau du mode par défaut (41). Ce dernier est anormalement activé lors d'une tâche donnée, perturbant l'attention. Nous pouvons noter que cette méta-analyse met en lumière des dysfonctions des fonctions cognitives de haut niveau en particulier exécutives par le réseau frontopariétal, mais aussi des processus sensorimoteurs par les réseaux visuels et du mode par défaut (41).

## VII. THERAPEUTIQUE

La prise en charge thérapeutique est multimodale, incluant également la prise en charge systématique initiale des comorbidités : elle fait intervenir le traitement non-médicamenteux du TDAH, complété si nécessaire par son traitement médicamenteux, avec un objectif double d'amélioration symptomatique et du retentissement fonctionnel (14).

Selon le consensus du Réseau Européen pour le TDAH chez l'adulte publié en 2019 (15), le traitement est conditionné par l'identification de toutes les comorbidités pour déterminer le meilleur ordre de prise en charge : le trouble le plus grave est pris en charge en premier, avant le TDAH, ainsi c'est très

habituellement le cas des troubles psychotiques, bipolaires, de l'usage de substances, dépressifs sévères et anxieux sévères. Les troubles dépressifs et anxieux plus modérés peuvent être pris en charge en même temps, de même que les troubles de l'usage de substances, qui devraient quand même être stabilisés (15).

## A. Traitements non médicamenteux

La psychoéducation est la base de la prise en charge et a montré son utilité pour le TDAH (15). Elle permet, par la pédagogie et l'accompagnement, de rendre le patient, accompagné de ses proches, acteur du soin.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a montré une efficacité symptomatique, particulièrement lorsqu'elle est associée au traitement pharmacologique (42,43), avec également une efficacité sur les symptômes anxio-dépressifs comorbides (43). Les niveaux de preuves sont à relativiser du fait de difficultés méthodologiques, illustrées par une Revue *Cochrane* en 2018 qui confirme les effets positifs mais avec un niveau de preuve faible (44). La TCC, en individuel ou en groupe, vise à changer un fonctionnement pathologique et se montre en fait utile pour limiter le retentissement fonctionnel du trouble, par l'élaboration de stratégies d'adaptation, de résolution de problèmes, de lutte contre la procrastination, d'amélioration de la planification, et de la gestion organisationnelle et du temps (14).

Les thérapies comportementales dialectiques et de méditation pleine conscience visent la dysrégulation émotionnelle et l'impulsivité du TDAH (14).

La remédiation cognitive (rééducation neuropsychologique de la mémoire de travail) et le neurofeedback (rééducation neurophysiologique) sont des thérapies de rééducation attentionnelle, dont il convient de poursuivre les études d'efficacité (14).

Le coaching bénéficie de peu d'études. Il vise un accompagnement collaboratif de soutien et de structuration de la vie quotidienne pour diminuer les conséquences négatives du TDAH ; des effets positifs ont été retrouvés dans des études à faible niveau de preuves (15).

## B. Traitements médicamenteux

Ils sont symptomatiques et non curatifs, psychostimulants ou non psychostimulants.

### 1. Recommandations internationales

La Canadian ADHD Ressource Alliance (CADDRA) en 2020 recommandait les psychostimulants à longue durée d'action comme la lisdexamfétamine, le méthylphénidate et les sels mixtes d'amphétamines en première ligne ; et les psychostimulants à courte ou moyenne durée d'action à type de méthylphénidate et dexamphétamine d'une part ou l'atomoxétine d'autre part, en deuxième ligne (45).

Le National Institute for health and Care Excellence (NICE), anglais, recommandait en 2018 la lisdexamfétamine ou le méthylphénidate en première ligne, et la dexamphétamine ou l'atomoxétine en deuxième ligne (46).

Le réseau Européen pour le TDAH chez l'adulte (European Network Adult ADHD, ENAA) suggérait en 2019 les amphétamines en première intention, suivies du méthylphénidate puis de l'atomoxétine (15).

### 2. Traitements psychostimulants

Les psychostimulants sont les plus efficaces sur les symptômes du TDAH, et préférés (47).

### Les amphétamines

Elles sont représentées par la dexamphétamine, la lisdexamphétamine et les sels d'amphétamines.

Ce sont des amines sympathomimétiques qui libèrent la dopamine et la noradrénaline à partir de leur stockage présynaptique. L'inhibition de la recapture de ces catécholamines par inhibition compétitive pourrait être un mécanisme moins important (48).

Elles ont le meilleur rapport efficacité-tolérabilité à court terme chez l'adulte (47) : elles ont une tolérabilité proche de celle du méthylphénidate, mais sont plus efficaces, avec une taille d'effet de 0,8 (47). Les effets indésirables rencontrés sont du même type que pour le méthylphénidate.

Les amphétamines ne sont pas disponibles en France pour le traitement du TDAH. La dexamphétamine ATTENTIN® a une autorisation d'accès compassionnel possible pour la narcolepsie.

La lisdexamphétamine est commercialisée dans de nombreux pays, y compris en Europe : Suisse, Allemagne, Norvège, Danemark, Espagne, Belgique, Luxembourg, Finlande, Suède, Pays-Bas, Portugal, Autriche, Islande, Pologne, Irlande (49).

### Le méthylphénidate

Le méthylphénidate est une amine sympathomimétique proche des amphétamines, inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau présynaptique, augmentant la dopamine extracellulaire notamment au niveau du striatum ; contrairement aux amphétamines, il ne bloque pas de transporteur vésiculaire, ce qui n'augmente pas de façon délétère la concentration de catécholamines cytoplasmiques extravésiculaires (50).

Il est efficace avec une taille d'effet de 0,5 chez l'adulte (47). Des données suggèrent un bénéfice à long terme (15).

La posologie du méthylphénidate est habituellement de 20 à 60 mg par jour, en une à trois prises par jour selon la spécialité (14). La CADDRA donne des doses maximales journalières de 80 à 100mg (45). Elle propose des formes à libération immédiate en appoint des formes à libération prolongée au besoin : lors d'activités, en début, fin de journée, ou début de soirée, avec un réajustement aux effets de fin de dose. Elle propose des ajustements posologiques par 10mg tous les 7 jours, si besoin, et d'essayer une autre spécialité de méthylphénidate si l'effet est insatisfaisant. L'interruption du traitement n'est pas compliquée (45).

Les effets indésirables notamment à surveiller sont (51) :

- neuropsychiatriques : insomnies, bruxisme, céphalées, tics, irritabilité, anxiété, fléchissement thymique, virage de l'humeur sur trouble bipolaire (stabilisation par thymorégulateur préalable nécessaire (15)), symptômes psychotiques.
- métabolique : anorexie, perte de poids, retard staturo-pondéral.
- cardiovasculaires et cérébrovasculaires: augmentation de la fréquence cardiaque, augmentation de la tension artérielle, palpitations, vascularites cérébrales et thromboses. Une méta-analyse en 2012 montrait une augmentation de la fréquence cardiaque de 6 battements par minute et une augmentation de la pression artérielle systolique de 2 mmHg (52). L'augmentation du risque d'évènement cardiovasculaire est très faible, en lien avec arythmie ventriculaire et arrêt cardiaque, infarctus et AVC thrombotiques, l'augmentation du risque n'excédant pas 0,2 à 0,4% (15,53,54). Le consensus européen explique que la prudence est de mise chez les patients avec problèmes cardiaques, mais que le risque est faible, et ne recommande ainsi pas d'échocardiographie systématique sauf après 50 ans (15).

Le consensus européen recommande d'évaluer avant l'instauration du traitement psychostimulant : la tension artérielle, la fréquence cardiaque, le sommeil et le poids. Puis ces éléments seront surveillés au moins deux fois par an (15).

### Le méthylphénidate en France

En France sont utilisés :

- La RITALINE® Libération Immédiate, avec une durée d'action de 2-4 h : utilisation hors AMM chez l'adulte seulement en appoint de la forme LP si nécessaire.
- La RITALINE LP® (durée d'action de 6-8h) qui a une AMM en initiation chez l'adulte et un remboursement, le CONCERTA LP® (10-12h) qui a une AMM en initiation chez l'adulte et ses génériques, le MEDIKINET LM® (6-8h), qui a une AMM en initiation chez l'adulte, et le QUASYM LP® (6-8h) qui n'a pas à ce jour d'AMM chez l'adulte.

La dose maximale de l'AMM chez l'adulte est de 80mg (55).

Le résumé des caractéristiques du produit de la RITALINE LP® stipule que « chez l'adulte, l'avis d'un cardiologue est nécessaire avant la mise sous traitement afin notamment de vérifier l'absence de contre-indications cardiovasculaires », et que « chez l'adulte, la fréquence cardiaque et la tension artérielle devront être contrôlés à chaque renouvellement soit tous les mois ». (55).

La prescription initiale et le renouvellement annuel sont possibles par tous les psychiatres y compris de villes. Les seuls autres spécialistes pouvant primo-prescrire sont les pédiatres et les neurologues. Compte-tenu de ses propriétés dopaminergiques et donc de son potentiel de mésusage, le méthylphénidate est soumis à la réglementation de prescription des stupéfiants, avec ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours, à renouveler, et si besoin ajuster, par tout médecin.

### **3. Traitements non psychostimulants**

Ils sont utilisés en cas d'échec ou de balance bénéfice-risque défavorable des psychostimulants (14).

### L'atomoxétine

L'atomoxétine est un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline non psychostimulant. Ce traitement a une taille d'effet de 0,45 (47). Son délai d'action est de 2 semaines et le traitement peut être utile en cas de comorbidité anxieuse qui pourrait être aggravée par les psychostimulants (15).

En France, elle n'a pas d'AMM mais bénéficie d'une disponibilité possible par autorisation d'accès compassionnel (AAC) pour le TDAH, sous le nom de STRATTERA®.

### Autres médicaments

L'efficacité de la guanfacine et de la clonidine est étayée chez l'enfant mais pas chez l'adulte (15,47).

La clonidine est disponible en France mais n'a pas d'AMM pour le TDAH.

Le bupropion a pu montrer une efficacité chez l'adulte mais les résultats sont très contrastés (15,47).

## **4. Bénéfices au-delà du TDAH**

Outre le bénéfice du traitement pharmacologique en termes de coût sociétaux (15), le consensus international de la Fédération Mondiale du TDAH de 2021 (30), composé de 208 conclusions étayées et basées sur les preuves, publiait de nombreuses conclusions sur l'utilité du traitement médicamenteux en dehors de l'efficacité sur le TDAH. Il permettrait ainsi de réduire la criminalité et la survenue de nombreux accidents (blessures involontaires, brûlures, traumatismes cérébraux, fractures, accidents de la route) (30). Il permettrait aussi de diminuer l'abus de substances, la consommation de tabac, et enfin de diminuer le taux de suicides et la mortalité toutes causes confondues (30).

## VIII. TDAH ET ADDICTOLOGIE

Les conduites addictives sont séparées en troubles d'usage de substances (TUS) et addictions comportementales. Ces dernières ont été retrouvées à type d'achats compulsifs, de jeu pathologique, d'addiction sexuelle et de kleptomanie (56), mais aussi de troubles du comportement alimentaire à type d'hyperphagie et de boulimie (57).

Les TUS sont fortement liés au TDAH, en interaction réciproque et péjorative, avec de nombreuses implications pronostiques et thérapeutiques. L'étude de leur association est complexe, parfois contradictoire, et très dépendante de la méthodologie.

### A. Epidémiologie

Une méta-analyse de van Emmerik-van Oortmerssen *et al.* en 2012 établissait que 23% des patients ayant un TUS présentaient un TDAH (58). En outre, l'addiction à la cocaïne y présentait une comorbidité plus faible de TDAH que l'addiction à l'alcool, l'addiction aux opioïdes et que les autres addictions. Une grande étude internationale de Gling *et al.* en 2014 montrait une prévalence globale du TDAH de 14% chez les patients en soins pour un TUS, indépendamment du sexe et de l'âge (59). La prévalence est plus élevée en milieu résidentiel qu'en ambulatoire, surtout pour les autres substances que l'alcool (59). La prévalence du TDAH pour des soins de TUS est en particulier de 11% pour l'alcool, 29% pour le cannabis, 19% pour la cocaïne et les amphétamines, 12% pour les opiacés, et 30% pour les sédatifs (60). Pour la France, en soins ambulatoires on retrouve des chiffres de 6% pour l'alcool et 16% pour les autres drogues (59). D'après ces chiffres il pourrait y avoir une prévalence du TDAH plus grande chez les patients suivis pour des TUS liés à d'autres substances que l'alcool.

Inversement le TUS est aussi comorbide du TDAH, à hauteur de 15% selon une étude américaine de Kessler *et al.* ce qui est trois fois supérieur à la prévalence sans TDAH (20).

La probabilité de comorbidités psychiatriques est plus forte avec l'association TUS et TDAH qu'avec les troubles pris séparément (61).

## B. Interaction physiopathologique et clinique

Le TDAH constitue un terrain neuro-développemental critique en addictologie puisque le TDAH de l'enfance est associé à un risque augmenté d'addictions à l'alcool et aux drogues à l'âge adulte, ainsi qu'à la nicotine à l'adolescence (62). Les patients qui ont toujours un TDAH à l'âge adulte présentent des TUS plus précoces, plus graves, volontiers multiples (63).

Concernant le tabac, la dépendance physique à la nicotine est augmentée chez les patients avec TDAH, et ce lien entre TDAH et nicotine pourrait être l'action de cette dernière sur les réseaux dopaminergiques (64).

Concernant la forte association décrite entre TDAH et cannabis, elle pourrait être en partie médiée par l'effet ressenti de ce dernier sur les symptômes d'hyperactivité et d'intolérance à l'ennui (14).

Il en est de même pour un effet paradoxal ressenti comme apaisant et un effet sur l'inattention que peuvent faire ressentir les drogues stimulantes comme la cocaïne et les amphétamines (14). Ceci implique une nécessaire vigilance de dépistage du TDAH devant une recherche de ces effets par le patient.

Outre la notion d' « automédication » reliant TDAH et TUS (14), ont été développées les notions d'altérations des processus de récompense favorisant la dépendance (65), de même que des facteurs génétiques, physiopathologiques et environnementaux communs entre les deux, comme par exemple l'exposition prénatale aux drogues (65).

D'un point de vue clinique, le diagnostic du TDAH chez un patient présentant un TUS est complexe du fait de l'interconnexion symptomatique. En effet, les substances ou leur sevrage en passant par leur

craving peuvent mimer une symptomatologie de TDAH en modifiant les capacités d'attention, l'impulsivité, le niveau d'activité psychomotrice (66).

## C. Diagnostic

Sachant les éléments ci-dessus, le repérage précoce du TDAH en addictologie semble primordial. En effet, le « *Consensus International sur le dépistage, le diagnostic et le traitement des patients avec troubles de l'usage de substances en cas de comorbidité avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité* » de Van Kernebeek *et al.* publié en 2022 (60) stipule qu'« un dépistage du TDAH en routine est nécessaire » et que « tous les patients d'addictologie devraient être dépistés pour le TDAH de l'adulte au moyen de l'ASRS [version courte], de la WURS ou de la CAARS, qui ont été suffisamment validés dans cette situation ». Le consensus recommande de combiner les outils par manque de sensibilité d'un seul outil (60).

Les difficultés au diagnostic juste sont nombreuses. Nous pouvons citer des causes possibles de sous-diagnostic : les difficultés de remémoration des éléments symptomatiques du passé par le patient en addictologie (67), le fait qu'il y ait une large proportion de patients avec TDAH qui ne se manifestent pas pour le soin du TDAH (68), ou encore que les symptômes, comportements et conséquences du trouble à l'âge adulte soient plus facilement attribués au TUS qu'à un TDAH (60). Le surdiagnostic, lui, est plus rare que le sous-diagnostic, mais bien présent (60). Il est bien sûr médié logiquement par des symptômes attribués à tort au TDAH comme nous l'avons expliqué dans la partie précédente. Ainsi il est très important de faire une anamnèse rigoureuse des périodes ou situations déroulées sans usage de substances pour tenter de faire la part des choses (60), car rappelons-le, le TDAH est un diagnostic en partie rétrospectif et lié à l'environnement du patient. Il est à noter qu'il existe des patients qui pourraient exagérer ou simuler des symptômes dans un but de mésusage ou de détournement (60), ce qui doit logiquement pousser à la vigilance pour éviter le diagnostic erroné ou en excès.

Il est recommandé, pour porter le diagnostic dans un contexte addictologique, d'être formé à la prise en charge des TUS et du TDAH (69), et « le groupe expert [du consensus international] reconnaît que tout médecin ou psychologue clinicien peut faire le diagnostic du TDAH chez les patients avec TUS, pourvu qu'il/elle ait reçu une formation étendue sur les diagnostics différentiels et qu'il/elle ait de l'expérience dans les soins de TUS et avec des populations TDAH adultes » (60).

Le consensus international recommande d'évaluer le diagnostic le plus tôt possible, « dès qu'il n'y a plus de symptômes sévères de sevrage et en absence d'intoxication importante ». Une période d'abstinence peut être incluse, si possible (60). Le diagnostic de TDAH doit être réévalué selon l'évolution du TUS et de son traitement du fait de l'impact sur le diagnostic du trouble (60).

Au-delà du dépistage, pour l'évaluation diagnostique, le consensus international suggère l'utilisation de questionnaires d'aide au diagnostic que sont le CAADID en premier lieu, mais aussi le DIVA et le PRISM (60).

Chez les patients ayant un TDAH diagnostiqué, on peut utiliser deux questionnaires de dépistage de TUS validés dans ce contexte : DAST et AUDIT (alcool) (70).

## D. Traitement

Associer traitement pharmacologique et psychothérapie est efficace (71). Pour ce qui est de la psychothérapie, un essai contrôlé randomisé chez des patients avec TDAH et TUS a montré une amélioration significative supplémentaire des symptômes de TDAH par une TCC intégrative par rapport à une TCC standard adaptée au TUS (72).

Le consensus international recommande de « débiter le traitement des TUS, suivi par le traitement du TDAH dès que possible » (60,73). « Quand les TUS sont trop sévères, un court traitement résidentiel peut être indiqué » (60). Ces cinétiques de mise en pratique sont laissées à l'appréciation du clinicien, mais rappelons que l'instauration du traitement pharmacologique, notamment par méthylphénidate, n'est pas contre-indiqué par le TUS en tant que tel.

Pour ce qui est de la thérapeutique médicamenteuse, il y a de nombreuses données et particularités :

- Les psychostimulants ne déclenchent pas de TUS chez les patients sans TUS préalable (74).
- Concernant la prévention des TUS à l'âge adulte par le traitement du TDAH à l'enfance, elle pourrait être effective (60), mais les études divergent, et une vaste méta-analyse de Humphreys *et al.* en 2013 montrait que le traitement du TDAH dans l'enfance par psychostimulants ne réduisait pas et n'augmentait pas le risque de futur TUS (75).
- Les psychostimulants chez les patients avec TDAH et TUS n'augmentent pas les consommations de substances (73).
- D'après une revue de la littérature, le traitement pharmacologique du TDAH est utile sur le TDAH sans aggraver les TUS (76). Néanmoins, il a une efficacité modérée sur le TDAH chez les patients avec TUS et les résultats sont améliorés par le traitement du TUS (73). En outre, le traitement médicamenteux du TDAH est d'efficacité réduite à des doses standard (77) : des posologies plus élevées peuvent être utiles (78). Concernant les résultats du traitement du TDAH et du TUS, il est plus mauvais lorsque le TUS est sévère mais pas lorsque le TDAH est sévère (79).
- D'après une méta-analyse publiée en 2015 par Cunill *et al.* incluant 1271 patients, le traitement pharmacologique du TDAH n'apportait pas d'effet bénéfique sur l'abstinence dans le TUS (77), mais les études restent contradictoires, et il pourrait être utile, cela étant corroboré notamment par des études aux analyses secondaires positives (60). L'atomoxétine est une bonne option pour les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool (60). Il a en effet été retrouvé dans une étude une baisse significative du nombre de jours cumulé d'abus d'alcool (80).
- Le maintien dans les soins est une problématique majeure en addictologie, forcément influencée par l'implication du praticien mais aussi par la prise en charge : il a été montré dans une étude une relation linéaire entre la posologie de méthylphénidate et la baisse du risque de rupture de traitement de TUS et TDAH, avec donc un meilleur maintien dans les soins des patients suivis pour un TUS (81).

- Le risque de mésusage et de détournement de traitement existe bien mais ne doit pas être surestimé (60). Des patients à risques plus élevés sont les adolescents et jeunes adultes (78), et les étudiants sont particulièrement concernés (82,83). En population générale, une récente étude des données de l'Assurance maladie de 2005 à 2017 pour les régions PACA et Corse montrait une augmentation de l'abus en nombre de comportements « *déviants* » de procuration du méthylphénidate par délivrance et prescription (84). Une vaste enquête américaine de 2015 a retrouvé que le mésusage et le détournement des psychostimulants étaient moins élevés que pour les anxiolytiques, les hypnotiques et les antalgiques. Dans ces données, les psychostimulants à libération prolongée ont été moins à risque que ceux à libération immédiate (85). Le consensus international recommande de préférer systématiquement la forme à libération prolongée, car particulièrement pour les systèmes de libération osmotique du méthylphénidate, les taux de mésusage et d'abus sont nettement moindres que pour les formes à libération immédiate (60).

Considérant toutes ces données, il semble important d'être sensibilisé, formé et engagé au dépistage, au diagnostic et au traitement du TDAH chez l'adulte suivi en addictologie : Le traitement par méthylphénidate, d'un rapport bénéfice-risque sans équivoque, et le traitement non médicamenteux devraient être mis en route dès que possible, avec la prise en charge systématique et initiale des TUS, par un médecin formé.

## IX. FREINS ET ESPOIRS DE LA PRISE EN CHARGE

Des freins conceptuels au diagnostic et au traitement du TDAH chez l'adulte et chez l'enfant sont toujours répandus à l'étranger et en France parmi les médecins. Il peut être décrit comme « *une pseudo-maladie pharmaco-induite* », « *un diagnostic fourre-tout* », ou la résultante d'une « *fausse scientificité de la psychiatrie contemporaine* » (86). Sa nosographie peut être remise en question jusqu'à l'idée d'une construction culturelle et d'un « *choix de société* » (87). La psychanalyse peut

aussi décrire ce trouble comme « *une invention* » faisant rupture dans la conception du lien avec l'inconscient pour une symptomatologie s'intégrant dans un trouble névrotique ou psychotique (88). Nous pouvons également citer l'idée longtemps admise qu'il s'agissait d'un trouble de l'enfant n'ayant pas de conséquences à l'âge adulte (89). Les freins concernant les traitements psychostimulants et notamment leur potentiel abus sont prégnants et source de réticence mais aussi de l'aggravation d'une stigmatisation qui est globale (29,90,91).

Un sous-diagnostic est largement décrit à travers le monde et est en partie médié par une sensibilisation et une formation insuffisantes des spécialistes (92,93). Un point critique est le passage de l'adolescence à l'âge adulte puisqu'il permet d'identifier un faible repérage de la symptomatologie et une faible prise en charge du TDAH par la psychiatrie d'adulte pour des enfants ayant présenté un TDAH, selon une revue de la littérature (94). Celle-ci permet aussi de repérer un manque de moyen pour la prise en charge spécialisée à l'âge adulte. En France, le constat est le même : dans un éditorial de 2021 de la revue *L'Encéphale* (95), des psychiatres décrivaient le grand manque de la transition de la prise en charge du TDAH de l'enfance vers l'âge adulte en France, soulignant un besoin urgent de structures dédiées et psychiatres spécialisés pour assurer la continuité des soins et éviter les ruptures de soins et les conséquences associées à cet âge. Seuls quelques centres de consultations spécialisées ont été identifiés : Lille, Montpellier, Paris, Nice, Rouffach, Strasbourg, Toulouse et Lyon (95).

Parallèlement, il y a une disparité mondiale de la disponibilité des traitements et de leur prévalence d'utilisation : alors que la prévalence du trouble est plutôt homogène au niveau mondial, une étude multicentrique rétrospective et observationnelle publiée en 2018 étudiant la prévalence d'utilisation du traitement du TDAH chez l'adulte et l'enfant dans 13 pays, de 2001 à 2015, montrait d'importantes inégalités et disparités de prévalence et d'augmentation de prévalence de prescription selon les pays (96). En Amérique du Nord la prévalence était élevée initialement et augmentait moins ensuite. En France la prévalence était particulièrement faible et restait faible mais en augmentation. Le méthylphénidate était le traitement le plus utilisé, sauf en Amérique du Nord où c'était les amphétamines (96).

Dans ce contexte de besoins insatisfaits, les associations de patients jouent un rôle important. Une enquête menée en 2020 auprès de 22 organisations membres de 19 pays européens de l'association ADHD-Europe, groupement d'organisations non gouvernementales au profit des patients atteints de TDAH, donnait des conclusions variées sur la prise en charge du trouble au niveau européen (97). Des améliorations dans la prise en charge ont été remarquées (plus de guidelines nationales, plus de spécialités de traitements, plus de sensibilisation des spécialistes au TDAH chez l'adulte), mais encore beaucoup de disparités et lacunes à combler ont été soulignées, notamment en termes d'accès aux soins : des délais d'attente trop importants, un manque de moyen persistant pour l'adulte, une difficulté d'accès aux spécialistes, et une stigmatisation persistante parmi les médecins. Des difficultés spécifiques au traitement médicamenteux ont été soulevées, comme des ruptures de stock, des difficultés au choix suffisamment varié du médicament, et des plaintes concernant les effets des médicaments génériques (97). Les caractéristiques françaises notables étaient : très peu de services spécialisés, réticence psychanalytique des psychiatres à la prescription et stigmatisation culturelle, sociale et religieuse, manque d'accès à des spécialistes formés et prescripteurs (97). En globalité concernant la délivrance du traitement, elle se faisait sous un régime adapté au caractère stupéfiant, parfois par ordonnance électronique, mais avec des durées différentes de prescription autorisées (4 jours à 3 mois). En général le traitement initial ne pouvait être prescrit et suivi que par le psychiatre, avec renouvellement annuel (97). Dans certains pays, la durée de prescription est de 3 mois tandis que dans d'autres c'est le médecin de famille qui assure les renouvellements mensuels ; dans d'autres enfin des infirmières spécialisées peuvent être amenées à renouveler (97).

En France, l'association HyperSupers, avec l'université Paris-Nanterre, conduisait en 2020 une enquête en ligne auprès de patients présentant un TDAH membres de l'association, avec l'obtention de 450 questionnaires-résultats pour le trouble et 341 pour les comorbidités (98). Les conclusions relevaient une nette errance et un parcours complexe et trop long jusqu'à la prise en charge malgré un accès à l'information sur le TDAH, également seulement 9% de diagnostic à l'enfance, et l'organisation limitante de la psychiatrie publique pour l'accès aux soins et sa difficulté à reconnaître le trouble (98). En outre, malgré l'existence de 345 centres médico-psychologiques en France, seuls 5

% des diagnostics rapportés dans cette enquête ont été posés par ces centres. L'association y mentionnait son engagement et son implication pour l'obtention de recommandations nationales pour le TDAH chez l'adulte, afin d'améliorer l'accès aux soins et la prise en charge (98). En effet à ce jour nous n'avons pas de recommandations nationales pour le TDAH chez l'adulte.

Malgré tous les éléments cités dépeignant les difficultés dans la prise en charge du trouble et l'accès aux soins chez l'adulte, il semble que des changements portant espoir soient en cours en France : Une note de cadrage de la Haute Autorité de Santé concernant le TDAH chez l'adulte, validée le 17 novembre 2021, a décidé l'élaboration de recommandations nationales chez l'adulte « pour le repérage, la confirmation du diagnostic et la prise en charge du TDAH par un spécialiste » (99). Le médecin addictologue y a été reconnu comme ayant une place centrale et un besoin important. Un des rationnels du projet est une augmentation constante de la demande de prise en charge chez les adultes, mais aussi le manque de formation des spécialistes, alors que les recommandations permettent de diffuser la connaissance et participer à la formation des professionnels spécialistes. Les recommandations sont attendues en 2023 (99). Ce projet constitue une reconnaissance de la part des autorités, point semblant crucial dans le soin.

D'autres changements allant dans le sens de la reconnaissance par les autorités (à la fois du trouble chez l'adulte et du besoin non satisfait) sont en cours et ont déjà eu lieu concernant la réglementation du méthylphénidate (jusqu'à peu réservé à l'enfant pour l'initiation, faite par un hospitalier) et la possibilité du prescripteur initial. Rappelons que les amphétamines ne sont pas disponibles contrairement à d'autres pays, et que l'atomoxétine est disponible uniquement en AAC. Chronologiquement concernant le méthylphénidate il y eu: extension de l'AMM de la Ritaline LP à l'initiation chez l'adulte le 21 avril 2021 (100), ouverture de la prescription initiale et renouvellements annuels de méthylphénidate aux psychiatres exerçant en ville le 13 septembre 2021 (101), remboursement de la Ritaline LP en initiation chez l'adulte le 2 juin 2022 (102), AMM pour le Medikinet et le Concerta avec avis favorable au remboursement par le HAS le 22 février 2023 (103,104). L'ouverture aux psychiatres exerçant en ville semble constituer un point de bascule dans les possibilités d'accès aux soins.

Devant ce trouble complexe sujet à débats, d'intérêt récent et aux besoins insuffisamment satisfaits, à la lueur des changements récents il paraît intéressant et utile d'étudier le vécu et les attentes des psychiatres et des addictologues dans la prise en charge du TDAH chez l'adulte.

## ETUDE QUALITATIVE

### I. INTRODUCTION

Le TDAH est un trouble neuro-développemental fréquent pouvant s'exprimer tout au long de la vie. Sa prévalence de 3 à 5% chez l'enfant (5,6) passe à 2 à 4% chez l'adulte (7,8), ce qui est cohérent avec une persistance symptomatique à l'âge adulte allant jusqu'à 65% (9,105). S'il existe un consensus scientifique sur l'existence de ce trouble, pour autant, il est sous-diagnostiqué et insuffisamment traité chez l'adulte (106).

Le TDAH chez l'adulte ne bénéficie pas encore à ce jour de recommandations nationales de la HAS. Parallèlement, la prescription de méthylphénidate chez l'adulte jusqu'en 2015 en France apparaissait faible à la fois en valeur absolue, comparativement à beaucoup d'autres pays du monde, comparativement à la prescription chez l'enfant en valeur absolue et en croissance de prescription (96). La prévalence de prescription médicamenteuse pour l'adulte était de 0,01% à 0,04% en Europe de l'Ouest, et l'augmentation annuelle de prescription chez l'adulte était de 0,002% en France (96).

Malgré sa forte prévalence, le TDAH diagnostiqué à l'âge adulte était jusqu'à récemment un trouble essentiellement pris en charge par des experts hospitaliers, réalisant des prescriptions hors-AMM de traitements non remboursés.

Suite à l'action de professionnels et d'associations de patients, des changements ont été entrepris pour répondre aux besoins des patients, contribuer à l'accès aux soins et au traitement du TDAH chez l'adulte. Si le traitement par méthylphénidate était jusqu'à peu réservé à l'enfant et l'adolescent, avec la seule possibilité d'une poursuite à l'âge adulte dans le cas où le traitement avait montré un bénéfice pendant l'adolescence, des changements majeurs pour l'accès aux soins ont eu lieu depuis 2021 : une

extension de l'AMM pour l'initiation chez l'adulte, des remboursements, et une ouverture de la prescription initiale aux psychiatres exerçant en ville.

Néanmoins, la filière de consultations spécialisées dédiée au TDAH de l'adulte au CHU de Strasbourg présentait toujours en 2022 une augmentation de ses délais pour un premier rendez-vous, allant jusqu'à plus de 18 mois.

Parallèlement, une offre de formation liée au TDAH chez l'adulte se crée progressivement depuis quelques années, surtout à l'initiative des experts : communications en congrès, développement professionnel continu, formation initiale dans certaines villes, DIU « *TDAH à tous les âges* » avec une troisième promotion en 2022 (107).

En 2022, nous avons assisté à deux conférences de formation auprès de psychiatres et d'addictologues par les spécialistes du TDAH de l'adulte au CHU de Strasbourg, Pr Bertschy et Dr Weibel.

Ainsi, dans cette période de transition vers une ouverture de la prise en charge dans un contexte de besoin insuffisamment satisfait, nous avons voulu comprendre les déterminants de la prise en charge du TDAH de l'adulte auprès des psychiatres et des addictologues.

Nous avons décidé de nous intéresser également à la prise en charge du TDAH en addictologie pour plusieurs raisons. Nous avons entrevu en conférence de formation un besoin lié à la prise en charge du TDAH de l'adulte en addictologie, dans un contexte où les addictologues non psychiatres ne peuvent pas initier le traitement par méthylphénidate, et où la prévalence du TDAH est importante. En effet, rappelons que la prévalence du TDAH en soins addictologiques pour un trouble de l'usage de substances atteint 23% (58).

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens auprès de psychiatres et d'addictologues, avec comme objectifs d'explorer et de comprendre leur expérience de la prise en charge du TDAH chez l'adulte et d'en identifier leurs besoins, afin de pouvoir proposer des aides et axes d'améliorations.

## II. MATERIEL ET METHODE

### A. Type d'étude

La méthode qualitative a été choisie pour cette étude car elle est particulièrement adaptée à la nécessité de compréhension de phénomènes peu étudiés et la création de sens par l'exploration de données subjectives et non quantifiées (108). Cette démarche interprétative questionne ainsi volontiers le ressenti, le vécu et les comportements liés à un phénomène, ici l'expérience polysémique des participants et leurs attentes dans la prise en charge du TDAH de l'adulte.

La réalisation d'entretiens individuels de type semi-directif ou semi-structuré a été choisie pour aborder par des questions ouvertes une trame thématique explorant le sujet, dans l'objectif d'obtenir un maximum de données sur une expérience personnalisée, mais aussi personnelle voire intime.

L'auteur a appliqué les enseignements de l'ouvrage « *Les recherches qualitatives en santé* » de Kivits *et al.* (108) et l'étude a pris en compte les recommandations de bonnes pratiques de conduite des études qualitatives (109,110).

### B. Population cible et recrutement

La population d'inclusion est celle des médecins psychiatres ou addictologues, que ces derniers soient de formation psychiatrique ou somatique. Dans un objectif de pluralité maximale des données, aucun critère d'exclusion n'a été défini, y compris pour le lieu et le mode d'exercice. Rappelons par ailleurs que dans une étude qualitative l'échantillon de participants n'a pas vocation à représenter une population mais plutôt à être contributif à l'étude d'un phénomène dans une population (108).

Le recrutement des participants s'est fait en partie à l'occasion de conférences de formation sur le TDAH de l'adulte auprès de psychiatres et d'addictologues du Bas-Rhin, réalisées en 2022 par le Dr

Weibel et le Pr Bertschy du CHU de Strasbourg. Les contacts ont alors été établis par mail ou en présentiel. Les autres participants ont été recrutés soit par l'utilisation d'une liste de mails en lien avec un hôpital du Bas-Rhin, soit par un démarchage téléphonique libre. Lorsque le mail a été utilisé, une relance a été faite en cas de non-réponse initiale.

### C. Contenu du guide d'entretien

Le guide d'entretien semi-structuré utilisé [annexe 2] a été élaboré avec des thèmes pensés pour explorer l'expérience et les besoins de la prise en charge du TDAH de l'adulte. Il a été élaboré en concertation avec des experts du TDAH de l'équipe de Psychiatrie 2 du CHU de Strasbourg et après recherche bibliographique. Pour ce faire, il ne comportait que des questions ouvertes, avec possibilité de questions de relance si le participant n'abordait pas le sujet spontanément. En lien avec le TDAH de l'adulte le guide d'entretien abordait la sensibilisation, la pratique, l'expérience, le parcours de soin, la formation, mais aussi les difficultés, les freins et les besoins éventuels dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique, avec des perspectives de questionnements collectifs et règlementaires. Comme attendu dans la méthodologie qualitative des entretiens semi-structurés, le guide a été évolutif s'enrichissant de l'analyse faite au fil des entretiens (108).

### D. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés en présentiel, en visioconférence ou par téléphone selon le désir des enquêtés. Ils ont été enregistrés après consentement oral par une application d'enregistrement vocal sur smartphone. L'enregistrement vocal a été anonymisé, transféré sur ordinateur puis supprimé intégralement après retranscription.

Le consentement oral des enquêtés à la participation et aux modalités de l'étude a été obtenu. Leur anonymat a été garanti. Les lieux, noms ou circonstances susceptibles de contribuer à les faire reconnaître ont été supprimés. Les entretiens n'étaient pas rémunérés.

La posture de l'unique enquêteur était neutre, avec écoute active et des silences. Les idées ont été développées et précisées en interaction. Comme attendu dans la méthodologie (108), la logique du participant primait, si bien que le guide a été utilisé selon un ordre libre dépendant du déroulé de l'entretien.

La retranscription du verbatim des entretiens a été faite de manière complète et ont été intégrées intonation et communication non verbales.

Le nombre de participants n'était pas défini, et ceux-ci ont été inclus jusqu'à confirmation de la saturation théorique des données, définie par Glaser et Strauss comme « *le moment où la collecte de données n'apporte plus à l'avancement de la conceptualisation du phénomène* » (108).

## E. Analyse des données

L'enquêteur-auteur a réalisé l'analyse des verbatims. La méthode d'analyse utilisée est l'analyse thématique, par une approche inductive. Secondairement, la résolution de questionnements spécifiques a été faite suite à des discussions avec le directeur de thèse, et les résultats ont été présentés et discutés avec une équipe d'experts du TDAH de l'adulte, à l'occasion de réunions de recherche.

L'approche inductive utilise les données brutes du corpus pour créer du sens par l'émergence de catégories par l'interprétation de l'analyste, ceci volontiers dans un contexte exploratoire où la littérature est faible (111). Dans la démarche inductive, le plan de l'analyse n'est pas construit à partir de la littérature ou du guide d'entretien mais à partir du corpus brut de données recueillies (111).

L'analyse thématique est une analyse de contenu factuelle et compréhensive par un « *découpage du texte selon des unités de sens* » (108). En effet cette approche permet une « *réduction des données* » par la caractérisation et le regroupement de thèmes et sous-thèmes (112). Cette analyse est évolutive et se fait en continu au fil de l'avancée de l'étude par une « *analyse verticale* » et une « *analyse transversale* » (108). L'analyse verticale représente le repérage, le codage, entretien après entretien des unités ou nœuds de sens qui sont soit créés soit alimentés par les citations des participants. Ainsi

ces unités thématiques s'accumulent, s'enrichissent au fil de l'étude, et une triangulation des données des entretiens permet de leur construire progressivement une validité thématique. Notons que des citations peuvent se chevaucher dans le codage par une intrication de différentes unités de sens pour des termes distincts dans une citation, mais qu'elles ne peuvent pas être représentées par plusieurs unités de sens pour un même terme. L'analyse transversale représente le maniement, le regroupement, la hiérarchisation, la comparaison des thèmes et la création d'une logique à un ensemble progressivement construit menant à une réduction des données par une arborescence dominée par trois à huit thèmes globaux (111).

Le corpus de texte collecté a été intégré dans le logiciel d'analyse qualitative Nvivo®. Celui-ci a permis une assistance non automatisée pour le codage du corpus en unités de sens enrichies des citations, ceci au fur et à mesure de l'avancée de l'étude. Le logiciel a aussi permis l'élaboration progressive d'une arborescence compréhensive des résultats ainsi que l'export de ces données sous la forme d'un document Word permettant la rédaction des résultats.

### III. RESULTATS

Les entretiens ont été au nombre de 20, d'une durée de 30 à 55 minutes, réalisés entre avril et septembre 2022. Seize psychiatres ou addictologues de formation psychiatrique ont été recrutés, ainsi que quatre addictologues de formation somatique (médecine générale et médecine interne). Les psychiatres publics avaient tous une activité hospitalière et extrahospitalière, et parmi eux les participants 8 et 13 avaient également une vacation en addictologie. Les participants exerçaient dans le département du Bas-Rhin, à l'exception du participant 4 qui exerçait hors Alsace et a été recruté par le biais de son DIU « *TDAH à tous les âges* ». Les caractéristiques des participants et de l'interface de l'entretien sont représentées dans le [tableau 1].

Entretien	Genre	Tranche d'âge	Formation initiale psychiatrique	Formation initiale à Strasbourg	Exercice actuel	Formation spécifique	Interface de l'entretien
E01	H	45-55	Oui	Non	Psychiatre libéral	Non	Téléphone
E02	H	45-55	Oui	Non	Psychiatre libéral	Continue	Vidéo
E03	H	25-35	Oui	Non	Addictologue public	Continue	Vidéo
E04	F	35-45	Oui	Non	Psychiatre libéral	DIU	Téléphone
E05	F	35-45	Oui	Oui	Addictologue public	Non	Vidéo
E06	H	45-55	Oui	Oui	Psychiatre libéral	Continue	Présentiel
E07	H	55-65	Non	Oui	Addictologue public	Continue	Téléphone
E08	H	55-65	Oui	Oui	Psychiatre public	Continue	Téléphone
E09	F	45-55	Non	Oui	Addictologue public	Continue	Présentiel
E10	F	55-65	Non	Oui	Addictologue public	Continue	Présentiel
E11	H	45-55	Oui	Oui	Psychiatre libéral	Continue	Présentiel
E12	H	25-35	Oui	Oui	Psychiatre public	Initiale	Téléphone
E13	H	55-65	Oui	Oui	Psychiatre public	Non	Téléphone
E14	F	35-45	Oui	Non	Psychiatre public	Non	Téléphone
E15	F	45-55	Non	Oui	Addictologue public	Continue	Téléphone
E16	H	25-35	Oui	Oui	Psychiatre libéral	Non	Présentiel
E17	H	25-35	Oui	Oui	Psychiatre public	Initiale	Téléphone
E18	F	35-45	Oui	Oui	Addictologue public	Non	Présentiel
E19	H	55-65	Oui	Non	Psychiatre public	Non	Présentiel
E20	F	35-45	Oui	Oui	Psychiatre libéral	Continue	Présentiel

Tableau 1 : caractéristiques des participants et de l'interface de l'entretien.

La saturation empirique globale des données a été obtenue à partir du 17<sup>ème</sup> entretien. La saturation par sous-groupes de praticiens de formation psychiatrique a été confirmée par chacun des trois entretiens suivants, représentant chacun un sous-groupe.

L'analyse qualitative des entretiens met en évidence des unités de thème qui sont intégrées dans une arborescence à trois niveaux. Elles sont développées et illustrées par une sélection non exhaustive de citations des participants rapportées à une numérotation des entretiens de E01 à E20.

Le plan des résultats est composé de cinq grandes familles thématiques représentées par : des pratiques et des acteurs multiples, les compétences en question, une prise en charge complexe et récente, des représentations en mouvement, et des rôles à définir.

## A. Des pratiques et des acteurs multiples

Cette première partie est préférentiellement descriptive et aborde d'une part une pratique de la prise en charge des participants et d'autre part l'implication décrite des patients et des autres professionnels de santé dans la prise en charge du TDAH de l'adulte. Les patients ont été inclus dans cette partie par le rôle d'acteurs de leur soin qui leur a été décrit par les participants.

## 1. Les aspects de la demande du patient

### a. Une demande importante des patients, souvent justifiée

Le patient acteur du soin a été mis en avant par les participants tout d'abord par sa demande d'aide. La demande diagnostique du TDAH de l'adulte par les patients a été soulignée par les participants 2, 15 et 19. Celle-ci a pu apparaître très importante mais également inattendue (E02).

E02 « C'est ensuite en libéral, que j'ai eu beaucoup beaucoup de demandes de diagnostic de TDAH »

« Je n'imaginai pas qu'il puisse y avoir une demande aussi énorme »

E15 « - Quelle est votre expérience de dépistage ?

- Je réfléchis (silence). Ça m'arrive de faire ça, surtout à la demande des patients. »

Cette demande nécessite une démarche diagnostique et une évaluation du praticien. Celles-ci ont conduit les participants 2, 16 et 20, psychiatres libéraux, et 19, psychiatre public, à mettre en exergue la confirmation diagnostique suite à la demande du patient. Ceci a permis une justification de la démarche du patient.

E02 « Il y a assez peu de gens qui viennent voir des psychiatres pour des TDAH qui n'en sont pas. »

E16 « Il est vrai que j'ai quand même des patients, et ça c'est vrai, qui sont venus en disant il y a un truc qui se passe, j'ai lu des choses, on m'a dit que, et je me demande si je suis pas TDAH et effectivement. »

E20 « Il y a effectivement certains patients qui se reconnaissent vraiment dans tout, et qui se sont pas reconnus dans toutes les autres pathologies non plus hein, c'est pas juste des patients suggestibles. »

Le participant 20 a semblé suggérer que la question d'une suggestibilité pouvait s'introduire dans la réflexion diagnostique, impliquant possiblement des difficultés diagnostiques que nous développerons plus loin.

#### b. Des souffrances objets de demandes

Des souffrances scolaires, professionnelles et relationnelles ont été développées comme objets de demandes d'aide. La souffrance chez les étudiants en demande d'aide a été développée par les participants 2 et 20, tous deux psychiatres libéraux, confrontés à une détresse étudiante décrite comme pressante par les deux, du fait des échéances scolaires.

E02 « Je me suis rendu compte en fait que les gens [...] sont souvent assez intelligents en général pour passer le bac quand même, avec voilà des béquilles un peu cognitives qu'ils ont trouvées tout seul. Et à l'âge adulte aussi [...] ils trouvaient des boulots où ça s'exprimait pas trop. Mais par contre là où ça s'exprimait vraiment en plein dans la figure c'est les étudiants, études sup. Et le grand problème c'est que les étudiants sont dans l'urgence (appuyé). »

E20 « J'ai aussi eu des étudiants de l'université et il y en avait quelques-uns je me disais c'est bizarre ils ont un bon niveau pourquoi ils n'y arrivent pas.»

« En initiation je l'ai fait pour heum une lycéenne parce qu'elle devait passer son bac, qu'il y avait urgence. »

La souffrance au travail comme objet de préoccupation de leurs patients a aussi été mise en avant par des psychiatres (E08, E11, E19), de même que la souffrance dans les relations familiales et de couple (E08, E11).

E08 « [...] dès que ça a un intérêt professionnel ou de couple, là ils sont plus réceptifs et on arrive à les voir plus fréquemment. »

E11 « L'expérience que j'en ai c'est surtout ces deux choses-là, le premier point ce sont les difficultés au travail je dirais qui les font souffrir le plus, qui supporte un peu une demande

*d'aide initiale etc., Et deuxième point les troubles avec l'entourage quoi, les couples qui partent en cacahouète là, une souffrance familiale, et justement à cette occasion-là, une agressivité, des colères, d'être à côté un peu de la plaque, une entre guillemets étourderie voilà. Ou en tant que parent, des parents, c'est arrivé deux fois, des pères qui supportaient pas leurs crises et qui n'étaient pas leur façon d'être père quoi, parce qu'ils ne supportaient pas cette impulsivité des choses comme ça. »*

### c. L'autodiagnostic des patients, parfois erroné

La démarche du patient développée ci-dessus a été décrite jusqu'à l'autodiagnostic par une partie des psychiatres, notamment libéraux. Un diagnostic posé par le patient lui-même, avant l'avis psychiatrique, pouvait être parfois avancé par le patient en utilisant des échelles. L'évocation de l'autodiagnostic a été faite sans jugement négatif par certains psychiatres (E01, E02, E06, E19) dont trois libéraux.

*E01 « Il y a beaucoup de patients qui finalement s'auto-diagnostiquent. Ils viennent avec des échelles remplies. »*

*E06 « Ça ne me dérange pas quand les patients font leur diagnostic eux-mêmes, il y a des médecins qui se sentent floués. »*

*E19 « [...] de plus en plus ils font (appuyé) leur diagnostic. »*

D'autres psychiatres libéraux (E11, E16, E20) ont quant à eux cité l'autodiagnostic comme une expérience défavorable, avec l'idée que le patient puisse s'engouffrer à tort dans cette symptomatologie.

*E11 « [...] c'est un avantage mais qui pose aussi problème c'est que les gens ils viennent avec une idée voire même me disent voilà ce que j'ai. Et donc des fois c'est vrai et des fois c'est pas vrai [...]. Alors par exemple pour l'autisme, c'est je suis hypersensible, je supporte pas le bruit. Les gens choppent un symptôme et disent voilà, c'est tout moi. »*

*E16 « [...] c'est pas comme certains qui s'auto-diagnostiquent ou se disent TDAH et qui vont enfin voilà... emmerder leur monde. Ce sont eux des gens paumés qui happent un diagnostic pour trouver une justification à leur comportement qu'ils peinent à justifier autrement, quoi. »*

« - Vous avez fait des entretiens dédiés au TDAH ?

- Oui oui, notamment avec une jeune qui s'était auto-diagnostiquée TDAH, mais en fait qui ne l'était pas, on avait fait la DIVA avec elle et sa maman et on s'est rendu compte que enfant il n'y avait rien de particulier quoi. Mais j'en ai fait trois ou quatre. »

« Et c'est pour ça je pense qu'il y a beaucoup de patients même s'ils sont pas TDAH, mais ça reflète juste que les gens vont pas bien en fait et qu'ils sont en demande de réponses, qu'ils n'en ont pas forcément, qui sont pas bien. »

Ce psychiatre (E16) est allé plus loin dans les causes de ce phénomène, évoquant d'une part la détresse du patient et d'autre part la justification d'un mauvais comportement.

Les participants 16 et 20 ont pointé ci-dessous les difficultés de symptômes subjectifs que les patients pourraient construire dans leur démarche, alors que la conviction subjective du patient pourrait suggérer un biais diagnostique...

E16 « Ils ont vu les questions ils ont tout vu... si quelqu'un se reconnaît là-dedans... Quand ils viennent avec une DIVA remplie évocatrice et qu'ils sont persuadés, et que ben en fait effectivement toute la clinique s'oriente vers ça, ben je peux pas leur dire non vous êtes pas TDAH, mais bon je pense que si le problème avait été pris différemment, ou l'explication de la symptomatologie avait été faite différemment, je pense qu'on serait peut-être pas forcément arrivé à la question du TDAH quoi. »

E20 « Je suis plus sceptique quand c'est des patients qui viennent eux-mêmes avec le truc, tout clé en main, où après j'ai plus grand-chose à discuter puisque c'est tout déjà prémâché et qu'il y a pas grand-chose à dire dessus puisque c'est subjectif. »

...difficilement rattrapable, pouvant aller jusqu'à un enfermement dans une conviction (E16, E20).

E16 « [...] Mais bon. Après le problème c'est que ça les enferme dans quelque chose. »

E20 « Après moi ce qui m'embête c'est quand les personnes restent vraiment un peu enfermées là-dedans, veulent rien savoir d'autre. »

On peut noter que certains (E16, E20) ont à la fois mis en avant des autodiagnostic par excès et des demandes justifiées (partie A.1.a). Ceci pourrait dénoter pour eux une certaine méfiance de l'autodiagnostic « tout clé en main » (E20) dans sa forme. Le participant 6 évoquait ainsi qu'« il y a des médecins qui se sentent floués » « quand les patients font leur diagnostic eux-mêmes ».

## 2. La démarche diagnostique du praticien

### a. Une démarche diagnostique plus ou moins active

Le praticien comme acteur essentiel de la prise en charge a la possibilité d'être plus ou moins actif dans le dépistage ou la recherche diagnostique du TDAH de l'adulte. Les pratiques évoquées ici sont influencées par une multitude de facteurs décrits tout au long de l'analyse. Certains participants, psychiatres ou addictologues publics (E03, E12, E17, E18), ont décrit une absence de dépistage ou de recherche diagnostique active et systématique du TDAH de l'adulte dans leur pratique. Les situations comorbides pouvaient davantage encore détourner du diagnostic comme illustré (E17).

E12 « [...] je vais pas forcément le chercher spécifiquement dans les entretiens en fait, sauf si jamais c'est évident dans ce cas oui, ce sera l'évidence qui se pose devant moi quoi. »

E17 « On voit peut-être pas le TDAH en premier mais on voit peut-être les autres choses qui sont autour quoi. Par exemple un patient qui vient pour des scarifications on le voit peut-être plutôt sous la personnalité au premier plan plutôt qu'un TDAH qui serait en arrière-plan. »

E18 « Je le recherche pas comme je recherche le trouble bipolaire. »

Dans un prolongement plus spécifique, une absence d'expérience de diagnostic du TDAH en hospitalisation a été mise en avant par le participant 13, psychiatre public.

E13 « J'en ai vu quelques-uns en extra-hospitalier, mais j'ai pas eu l'occasion, c'est bizarre ou alors je suis passé à côté, de porter le diagnostic en hospitalisation. Je les ai vus plutôt en consultation, je sais pas pourquoi. »

Une analyse de ce phénomène décrit pourrait être qu'une décompensation de TDAH n'est pas un motif d'hospitalisation, soit par une symptomatologie ne relevant pas des critères d'hospitalisation, soit par le biais de la décompensation d'une comorbidité y compris inaugurale qui en fait le motif, occultant l'hypothèse diagnostique du TDAH. Ceci ajouté au fait que le praticien ne suit pas le patient au long cours et que les hospitalisations sont aussi courtes que nécessaires, on peut imaginer une plus grande difficulté au diagnostic en hospitalisation.

Les participants 2, 16 et 20, psychiatres libéraux, ont quant à eux fait part d'une démarche diagnostique active et tous trois ont changé leur pratique pour cela. Le récit du participant 16 illustre potentiellement l'importance d'un dépistage dans le contexte de symptômes aspécifiques malgré un retentissement majeur.

*E02 « Maintenant c'est une comorbidité que je recherche, y compris quand on ne vient pas me voir pour un TDAH. Mais c'est très récent dans ma pratique. »*

*E16 « Là, j'ai une patiente actuellement où elle n'a absolument pas évoqué le diagnostic, elle est pas venue pour ça, elle, elle avait plutôt une plainte, un mal-être, etc, [...] à force du suivi elle me raconte un peu plus son quotidien, plus dans les détails, avec des choses qui lui semblaient à elle plus anecdotiques, ça m'a progressivement mis la puce à l'oreille. Enfin voilà, c'est assez marqué quoi. »*

#### b. L'utilisation des questionnaires d'aide au diagnostic

L'utilisation de questionnaires d'aide au diagnostic a été largement évoquée, par plus de la moitié des participants (E01, E03 à E08, E13, E14, E16, E17, E18). Le questionnaire diagnostique DIVA a été le plus évoqué, suivi de l'auto-questionnaire de dépistage ASRS, et, évoqués une fois, les auto-questionnaires WURS (symptômes présents dans la période de l'enfance), WRAADDS (retentissement symptomatique), UPPS (impulsivité) et l'échelle ADOS (hétéro-évaluation de l'autisme).

*E04 « En général j'évoque le diagnostic et après je cherche à (réflexion) à valider ou invalider mon hypothèse, par des questionnaires. »*

*« [...] Déjà en général j'utilise la DIVA, heu, et d'autres questions un peu à ma sauce et également un questionnaire qui est donné aux patients du CHU, donc j'évalue un peu comme ça. »*

*E07 « On envoie par mail [...]. Celui des symptômes dans l'enfance, le WURS. ASRS sur les symptômes actuel, et le WRAADDS. L'échelle d'impulsivité UPPS 20. »*

L'utilisation de questionnaires, éléments standardisés, semble pour certains (E06, E13, E16, E18) un passage obligatoire pour assurer le diagnostic. Le participant 16 a également suggéré ici une obligation de bonnes pratiques dont on pourrait extrapoler l'intérêt à une dimension médicolégal.

- E06 « Je fais toujours remplir un questionnaire pour adultes et pour enfants, ASRS. Mais j'aime pas trop les questionnaires. »
- E13 « Il faut quand même s'aider de questionnaires, d'échelles, d'avoir un point de vue un peu... C'est quand même un problème de concentration hein. »
- E16 A propos du questionnaire DIVA : « je la fais pour avoir un document et parce qu'on m'a dit de le faire en fait ».

Un psychiatre libéral (E11) et un addictologue somaticien (E15) ont quant à eux expliqué qu'ils n'utilisaient pas de questionnaire ou d'échelle car non compatibles avec leur pratique clinique centrée sur le patient.

- E11 « Moi j'utilise pas d'outil ou d'échelle dans ma pratique, mais les auto-échelles j'accepte l'intérêt que ça peut avoir, mais je travaille pas comme ça. Je travaille avec ce qu'amènent les gens et tel qu'ils les amènent quoi. Je travaille pas de manière trop dirigée. »

### c. Le lien avec la famille

La démarche diagnostique comprenant les éléments symptomatiques de l'enfance, l'aide des parents ou de la famille a été évoquée, de façon brève. Il a été évoqué d'une part la présence des parents ou de la famille en entretien (E14 et E16), et d'autre part l'aide des parents sans un lien fait avec le praticien (E05 et E06), notamment par pré-remplissage du questionnaire DIVA (E05).

- E16 « [...] Et là je vois ses parents demain avec elle justement pour faire bien le point par rapport au TDAH. »
- E05 « [...] Et une fois aiguillé, que je trouve qu'il y a des éléments, je leur fait remplir la DIVA avec la famille, les parents, mais en général je ne fais pas d'entretien avec les parents. »

### d. Une entrée diagnostique par les comorbidités

Il a été aperçu qu'une comorbidité pouvait éloigner du diagnostic, l'inverse est aussi vrai. Les participants 2, 4, 8 et 12, psychiatres, relaient des expériences de diagnostic du TDAH de l'adulte

secondaires à la prise en charge d'une comorbidité psychiatrique, parfois résistante, notamment les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

E02 « Il y avait plein de gens qui venaient me consulter pour des troubles anxieux et qui avaient en fait à la base un TDAH depuis l'enfance, qui leur avait donné ensuite, comme ils étaient un peu au banc au niveau scolaire, une phobie sociale, un trouble anxieux généralisé voire même qui était tout simplement associé au niveau familial avec un trouble bipolaire »

E04 « Alors les patients que j'ai et que je diagnostique, ils ne viennent pas pour ça. Ils ne sont pas réorientés pour TDAH. Ils viennent pour des pathologies autres. »

Certains praticiens (E05, E07, E08, E15), dont trois addictologues, ont évoqué une entrée diagnostique par la comorbidité addictologique. Trois ont évoqué un argument diagnostique représenté par l'effet positif ressenti de la substance sur les symptômes de TDAH, mimant des effets thérapeutiques. La cocaïne a ainsi été citée trois fois, et les amphétamines, le cannabis et l'alcool ont été cités une fois.

E07 « Il y a des choses qui me mettent la puce à l'oreille, moi j'ai des patients qui paraphrasent comme ça le traitement du TDAH, docteur moi quand je prends de la cocaïne c'est bizarre tous les autres ils sont un peu allumés, hyperexcités et moi je peux enfin réfléchir correctement et de manière performante. Donc on voit bien cet effet paradoxal quoi. »

E08 « En addictologie quand on a un patient qui essaie de se calmer avec cocaïne ou cannabis on est sûr qu'on est sur un TDAH, c'est un bon facteur d'entrée en diagnostic. »

### 3. Une prise en charge non médicamenteuse par le praticien décrite comme limitée

Cette partie aborde la psychothérapie et les techniques de prise en charge non médicamenteuse du praticien, décrites comme limitées. L'aide d'autres professionnels de santé est abordée dans d'autres parties.

#### a. La psychoéducation, l'éducation thérapeutique et le coaching

La psychoéducation, l'éducation thérapeutique et le coaching comme thérapies non-médicamenteuses pratiquées par les médecins sont représentés dans toutes les sous-catégories de

participants. Le participant 2 a été le seul à évoquer l'éducation thérapeutique, certains (E01, E02, E03) ont évoqué la psychoéducation, et d'autres (E04, E06, E12, E15) ont explicité l'utilisation des techniques de coaching, sans mentionner le terme.

E02 « *Ma mesure d'accompagnement principale c'était une éducation thérapeutique en faisant des longues séances en expliquant entre autre que ce n'était pas une maladie psychiatrique mais un trouble neuro-développemental, qu'on ne pouvait pas guérir mais soigner, en expliquant en gros ce que l'on en savait et puis de l'utilisation du traitement, c'est à dire un effet dopant, une amphèt et après eux en récupèrent le contrôle en en faisant ce qu'ils en veulent, c'est à dire ne pas en prendre le weekend si pas envie ou pas de gain, etc.* »

E03 « *[...] et puis il y a la psychoéducation.* »

E04 « *[...] apprendre au patient à faire un agenda, à gérer les tâches, de savoir ce qui est urgent à faire, ce qu'il faut prioriser, heum d'évaluer le temps que les choses vont leur prendre, de comparer au temps qu'ils ont mis à faire, heum essayer d'enlever les distracteurs du style téléphone portable avec des applications pour bloquer justement l'accès au téléphone, aussi pour certains la méthode Pomodoro, c'est surtout des problèmes de gestion de tâches et d'organisation de tâches que je retrouve beaucoup.* »

### b. La méditation pleine conscience

La seule autre alternative aux thérapies non médicamenteuses précédentes a été la méditation pleine conscience, évoquée dans la pratique du participant 6, psychiatre libéral.

E06 « *Au niveau du déficit de l'attention, l'approche corporelle est essentielle, parce que tout est attention, l'attention à ses sensations, se reconnecter à soi-même, la méditation pleine conscience.* »

### c. Une prise en charge psychothérapique décrite comme limitée

Les participants ont en général semblé démunis dans la pratique de la prise en charge non médicamenteuse. Outre une pratique réduite décrite ci-dessus, des participants (E01, E02, E08, E12, E16, E18, E19, E20) ont exprimé des limites dans leur pratique de la prise en charge non médicamenteuse. Parmi eux, certains (E02, E08, E12, E16, E19) ont déclaré avoir peu à proposer aux

patients en dehors de la prise en charge des comorbidités. Voici des réponses à la question « *Quelle est votre éventuelle expérience de la prise en charge non médicamenteuse du TDAH de l'adulte ?* » :

E08 « *Pour l'instant, je ne vois que le soutien.* »

E12 « *Alors ça (appuyé), j'en ai pas beaucoup.* »

E16 « *Quasi inexistante. Ils ont souvent beaucoup de comorbidités et je travaille plutôt sur ça, le TDAH ça reste assez secondaire quand même.* »

E18 « *Là je dois dire que c'est pas ma pri... J'ai des patients qui sont tellement enfin... Ils sont à la rue... [...] Je suis très loin des conseils pour arriver à fonctionner dans la société parce qu'ils sont hors société.* »

Le participant 20, psychiatre libéral, a été le seul à décrire un phénomène de « *lune de miel* » après le diagnostic, dans une aide et une psychothérapie qui semblent rapidement s'essouffler, et difficilement mises en pratique par le patient.

E20 « *On va dire que globalement l'amélioration liée à un diagnostic ou une explication de leur problème elle est plutôt de courte durée, un effet de lune de miel, puis on se rend compte que c'est pas non plus la baguette magique qui résout tout.* »

« *Alors moi je sais pas tout faire non plus, mais avec un peu d'expérience et de recul j'arrive à leur proposer des choses mais encore une fois ils auront du mal à le mettre en pratique passée la période de ah ouais c'est génial (rires).* »

#### **4. Les spécificités de la prise en charge en addictologie**

Plusieurs spécificités liées à l'addictologie ont été mises en évidence à la fois par des addictologues et des non addictologues, d'une part pour le lien de prévalence et d'intercausalité entre TDAH et trouble addictologique, et d'autre part pour des pratiques notamment pluridisciplinaires.

##### a. Une forte prévalence en addictologie

En correspondance avec l'épidémiologie, une expérience de forte prévalence du TDAH de l'adulte en addictologie a été décrite par des addictologues et des psychiatres (E04, E05, E07, E08, E09, E12, E13), et ceci pour certains en comparaison avec leur expérience en psychiatrie.

E05 « Je suis surprise du nombre de patients en addicto. »

E08 « On rencontre beaucoup plus de patients chez qui on suspecte un TDAH parmi les patients addictologiques. Depuis cinq ans. »

« Dans la consultation de psychiatrie on a beaucoup moins de TDAH ».

#### b. Un travail collégial et pluridisciplinaire des addictologues

Une particularité des addictologues, qui a été évoquée par un addictologue psychiatre (E03) et des addictologues somaticiens (E07, E09, E10), est le travail d'équipe qu'ils fournissent. Il a été développé la collégialité entre pairs et la pluridisciplinarité avec de multiples intervenants, y compris les intervenants paramédicaux et sociaux, et les psychiatres quand il s'agissait des addictologues somaticiens. Cette pluridisciplinarité a été soulignée comme une plus-value dans la prise en charge du TDAH de l'adulte (E09, E10). L'aide dans la pratique que représente l'ergothérapeute a été citée (E09, E10) ou proposée (E15). Enfin, une expérience de prise en charge en hôpital de jour d'addictologie a été avancée (E03).

E03 « On évoque les cas en réunion hebdomadaire »

« On a cette facilité au CSAPA d'avoir un travail pluridisciplinaire, tous les intervenants jusqu'à la réinsertion sociale à pôle emploi que le patient a pu informer. »

« Les patients ont bénéficié de la prise en charge en hôpital de jour d'addictologie avec remédiations sociales, cognitives [...] ».

E09 « On travaille en équipe pluridisciplinaire, je pense que c'est un argument. »

E10 « Ma pratique c'est qu'on est amené à travailler pas mal avec des psychiatres, que ce soit en libéral ou en institutionnel. »

« [...] Je veux dire en pluridisciplinarité, ici on a un certain nombre de professionnels. »

*« On a une ergothérapeute qui fait de la méditation, qui fait un travail sur les émotions, un travail un peu plus corporel. »*

E15 *« [...] comme de l'ergothérapie, pour essayer d'adapter la vie de la personne. »*

### c. Un besoin de plus de moyens humains d'accompagnement sollicité par les addictologues

Malgré l'étayage décrit par les addictologues, ceux-ci, pour les participants 3, 7 et 10, ont pointé les carences de moyens humains dont ils souffraient.

E07 *« Il faut étoffer les équipes et leur donner du temps pour le faire, mais il suffit pas simplement de multiplier les compétences. Aujourd'hui on a des petites équipes et elles sont censées faire cent mille trucs. »*

E10 *« Il y a plein de choses qui sont possibles je pense mais pour ça, il faut du personnel (rires) ».*

## **5. L'implication du psychologue et du neuropsychologue**

L'implication du psychologue et surtout du neuropsychologue a été largement décrite, surtout par un adressage du praticien, suggérant que celui-ci en perçoive une utilité importante.

### a. L'adressage par le psychologue et le neuropsychologue

Les participants 2, 13 et 16, psychiatres, ont rapporté la fréquence des adressages par des psychologues et neuropsychologues pour suspicion diagnostique, y compris en psychiatrie publique pour le participant 13. Le participant 16, psychiatre libéral, s'est plaint d'un adressage jugé excessif et d'une prise en charge décrite comme inadaptée par un neuropsychologue en particulier mais aussi de la problématique du diagnostic différentiel et des comorbidités qui pourraient être moins accessibles au dépistage par les psychologues ou neuropsychologues.

E13 « De mémoire comme ça, souvent c'est des neuropsychologues ou des psychologues avec qui on travaille qui nous adressent, qui se posent la question ».

E16 « J'ai eu, un peu... pas le malheur mais... d'avoir pris en charge un patient adressé par une neuropsychologue et depuis c'est mon grossiste, elle m'envoie enfin je sais pas, elle m'a fléché TDAH et donc du coup elle m'envoie des gens TDAH, voilà. »

« - Ils sont diagnostiqués comment en libéral par les neuropsychologues ?

- Ah non mais c'est magique hein, y en a une qui leur donne la DIVA à compléter chez eux à la maison. Donc derrière, faut leur expliquer quand même que c'est pas comme ça que ça se passe, que il faut quand même voir s'il y a pas d'autres comorbidité, voir un peu si c'est pas lié à un autre trouble. Après ça dépend du cas de figure, il y en a, où je leur dis clairement que ben non ou on va déjà temporiser, attendre et on va déjà voir, mais d'autres, effectivement oui, de ce qu'ils me disent... ».

#### b. L'aide diagnostique du psychologue et du neuropsychologue

Certains psychiatres ou addictologues (E02, E03, E05, E09, E10, E19) ont évoqué l'adressage au neuropsychologue pour une aide diagnostique qui a été parfois décrite comme une étape clé voire indispensable à la suite de la prise en charge, vraisemblablement pour des raisons de besoin de confirmation et de manque d'aisance.

E02 « Au début j'envoyais chez un neuropsychologue pour dire s'il y avait un profil compatible TDAH, [...] ça me permettait de gagner un peu de temps et aussi éventuellement de prescrire en situation d'urgence mais sur une base qui ne venait pas de moi. »

E05 « J'avais réussi à réorienter un ou deux patients à notre psychologue, où finalement j'avais des doutes diagnostiques et c'est elle qui avait fini par poser le diagnostic de TDAH. »

E19 « [...] Maintenant il y a des tests neuropsychologiques par contre, je m'en sers beaucoup. »  
« Sur le TDAH de l'adulte l'expérience est un peu limitée, je me suis mis à represcrire quand j'avais des bilans qui disaient oui à priori. »

#### c. La psychothérapie par le psychologue et le neuropsychologue

L'expérience ou la volonté de l'adressage au psychologue ou neuropsychologue pour une psychothérapie a été largement évoquée par les participants (E02, E03, E05, E06, E07, E09, E10, E20), avec un objectif de thérapie cognitivo-comportementale pour quatre d'entre eux, et de remédiation cognitive pour deux d'entre eux. Comme vu précédemment, les médecins interrogés ne pratiquaient pas ces psychothérapies eux-mêmes, ce besoin d'adressage peut donc constituer un point clé de la thérapie non médicamenteuse dans le parcours de soin.

*E03 « Mon patient a eu un travail particulier avec la neuropsychologue, de remédiation cognitive. »*

*E05 « Je l'ai orienté vers les neuropsychos qui font de la TCC de la prise en charge du TDAH. »*

*E07 « [...] le psychologue pour les thérapies cognitivo-comportementales. »*

*E10 « La neuropsychologue fait [...] de la remédiation cognitive. »*

## **6. L'implication diverse des patients**

Dans cette partie sont développés le rôle du patient acteur de la prise en charge et ses difficultés propres au trouble mais aussi en addictologie. Dans la continuité des parties sur la demande diagnostique du patient et sur les différents intervenants, le rôle du patient a été décrit comme un élément critique à la fois dans la continuité du parcours de soin mais aussi dans le rôle d'acteur de son soin.

### a. Des patients informés et acteurs

Des psychiatres libéraux (E01, E02, E16) ont exposé le bon niveau de connaissance et d'éducation des patients pour le TDAH de l'adulte, y compris pour des techniques d'auto-coaching comme illustré par le participant 16.

*E02 « Ils sont très informés. »*

E16 « Ils sont dans des groupes, des sortes de communauté je sais pas quoi, ils me racontent, c'est comme ça que j'apprends un peu leurs différents tips, trucs et astuces pour mieux s'en sortir. »

Le participant 10, addictologue somaticien, a mis en exergue la qualité d'acteurs de soin et même d'« expérimentateurs » dans le domaine médicamenteux des patients en addictologie.

E10 « Je trouve que les addicts, ce sont quand même d'excellents expérimentateurs et notamment des médicaments, et ils savent mieux que nous en général hein pour tout ce qui est produits donc les médicaments quand ils savent les gérer ils sont d'excellents acteurs. »

Dans un autre registre des attributs du patient, le participant 11, psychiatre libéral, a fait remarquer l'insight particulier des adultes pour ce trouble comparativement à l'enfant, faisant émerger une introspection intéressante pour ses implications de lien thérapeutique et de qualité de prise en soin.

E11 « Ce qui m'a paru vraiment intéressant avec les adultes c'était dans quelle mesure ils étaient capables d'en parler, parce que souvent les enfants ils ne sont pas vraiment capables d'en parler, notamment ce qui passe dans leur tête, notamment cette histoire de penser tout le temps à quelque chose, les pensées qui s'entrechoquent. C'était intéressant d'être en mesure en tant qu'adulte d'avoir cette introspection, de pouvoir parler un peu de ce qui se passe, ce que font rarement les enfants. »

#### b. Les difficultés dans la prise en charge du fait des symptômes du trouble

La difficulté dans la prise en charge du fait des symptômes du TDAH qui interfèrent avec le soin a été évoquée par psychiatres et addictologues (E07, E13, E19, E20). Les notions illustrées par les participants sont analysées comme étant le manque de motivation, l'impatience, les oublis et les problèmes de planification qui gênent la prise en charge principalement pour la gestion du traitement et le suivi régulier en consultation.

E07 « Les patients qui sont impatients, parce que c'est quand même leur profil, ils y vont pas [en consultation] même si à un moment ils en avaient senti le besoin ou l'utilité, ils laissent tomber, et le travail fait ne sert à rien. »

E13 « C'est aussi la question de la compliance à prendre un traitement dans le cadre de l'instabilité du TDAH, c'est un traitement qu'il faut prendre tout le temps. »

E20 « [...] des patients qui ont un TDAH et qui sont pas organisés justement (sourire) et qu'il faut être quand même très rigoureux sur cette prescription, mais... ce que je comprends hein. Les difficultés du patient qui va annuler son rendez-vous puis qui va ensuite dire qu'il en a plus. Dans la pratique en libéral c'est pas toujours simple. »

### c. Les difficultés des patients en addictologie

Un psychiatre avec un temps partiel en addictologie (E08) et un addictologue somaticien (E09) ont mis en exergue la volatilité et le fonctionnement compliqué des patients en addictologie y compris indépendamment du TDAH.

E08 « En addictologie, les patients sont de toute façon plus difficiles à soigner. La logique de consultation et la demande d'aide ne sont pas les mêmes en addictologie. »

« Les gens sont assez volatiles. J'ai souvent perdu de vue mes patients. Le nombre moyen de consultation chez les patients qui viennent en addicto, ça dépasse rarement cinq. Donc il faut faire la thérapie brève. Le parcours est instable. »

E09 « Il y a beaucoup de patients qu'on perd de vue rapidement. Souvent première et deuxième consultation, puis perdu de vue, on est focalisé sur le côté addiction. »

### d. La proposition de groupes thérapeutiques pour les patients

Il n'y a pas eu la notion de groupe pour patients déjà mis en place. Différentes propositions de groupes thérapeutiques pour les patients ont été faites, par des praticiens de chacune des sous-catégories (E05, E06, E08, E10, E20). Des groupes de psychoéducation et d'éducation thérapeutique (E05, E08, E20), de régulation émotionnelle (E08, E10), et de parole (E06) ont été proposés.

E06 « [...] la création de groupes de parole pour patients. »

E08 « Il n'y a pas de groupe spécifique. [...] Au niveau ETP et régulation émotionnelle ça pourrait être intéressant mais pour l'instant on manque de moyens. »

E20 « - Quelles éventuelles formes d'aides ou encore d'outils pourraient-elles vous être utiles dans votre pratique ?

- Eventuellement des groupes de psychoéducation pour les patients. »

## B. Les compétences en question

Le terme de compétences en question a été choisi pour cette deuxième grande partie afin de regrouper dans un cheminement l'expérience de la formation sur le TDAH de l'adulte, des manques de compétence et d'assurance jugés liés, les besoins en découlant en termes de formation et d'information ainsi que leurs motivations, avant d'énoncer des propositions faites de différentes formes d'aide ou de formation.

### 1. L'expérience débutante de formation liée au trouble

#### a. Une formation initiale seulement récente

Seuls deux psychiatres (E12 et E17) ont évoqué une expérience de formation initiale sur le TDAH de l'adulte, sous réserve qu'il n'y ait pas eu de confusion avec la formation sur le TDAH de l'enfant. Il est à noter qu'ils sont deux des quatre praticiens les plus jeunes, de la tranche d'âge 25-35 ans, et tous deux formés à Strasbourg.

E12      « - Comment avez-vous été sensibilisé à la notion de TDAH de l'adulte ?  
- Ca c'est surtout de par les cours à la fac quoi. »

Certains praticiens de formation psychiatrique (E01, E02, E03, E05, E13, E16) ont explicité ne pas avoir eu de formation initiale, y compris dans d'autres régions. Le participant 3 a en outre suggéré que le TDAH était traité dans sa ville de formation par les neurologues plutôt que les psychiatres.

E02      « Pas du tout sensibilisé, dans ma formation il n'en était pas question, pas mentionné. »  
  
« J'ai fait mon internat avec un zéro pointé là-dessus. Je me rappelle qu'en sortant de mon clinicat, j'ai dit que c'était mon impasse voilà, car je n'avais pas du tout du tout fait de TDAH. »

E03 « J'ai fait mon internat à un endroit où le TDAH était confié aux neurologues, c'était peu évoqué par les psychiatres. »

E05 « Alors franchement, quand j'étais interne (temps de réflexion) on parlait du TDAH de l'enfant, et pourtant je suis pas si vieille quoi. »

#### b. Une formation continue impulsée par les experts

Au moment des entretiens, plusieurs participants (E02, E03, E06, E09, E10, E11, E15), addictologues ou psychiatres, ont déclaré n'avoir eu qu'une seule formation continue, celle d'une des conférences de 2022 où les participants ont été en partie recrutés pour l'étude.

E03 « Je n'ai pas de formation en dehors de la conférence du Dr Weibel. »

E09 « - Comment avez-vous été sensibilisé à la notion de TDAH de l'adulte ?  
- Suite à la conférence de formation par le Dr Weibel. [...] Sinon auparavant, je n'étais pas formée. »

E10 « [...] Auparavant j'avais jamais eu de formation sur le TDAH. »

Le participant 4 a évoqué son DIU.

E04 « [...] mon DU TDAH de l'adulte, donc beaucoup d'informations, beaucoup de cours. »

En dehors du participant 4, trois praticiens (E08, E18 et E20) seulement ont évoqué une autre expérience de formation continue sur le TDAH de l'adulte que l'une des conférences en question, mais deux des trois ont aussi assisté à des formations du Dr Weibel. Cela montre le besoin à combler, l'intérêt de répéter les formations, et l'importance d'initiatives d'experts.

E08 « J'ai [...] assisté à des conférences là-dessus, dont celle du Dr Weibel. »

E18 « [...] Dans tous les congrès on en parle beaucoup beaucoup beaucoup. »

Il est à noter qu'un participant (E16) a sollicité l'aide d'une connaissance.

E16 « Mon amie psychiatre m'a fait une mini formation, elle m'a dit un peu quoi faire. »

#### c. L'autoformation

Plusieurs participants (E01, E02, E04, E07, E08, E13, E15, E20) ont relaté une autoformation, très majoritairement par littérature scientifique, mais aussi par encyclopédie médicale (E01) ou par un support d'information (E02).

*E01 « Je suis un grand utilisateur de Uptodate, encyclopédie médicale et conduites à tenir. »*

*E02 « [...] la plaquette de Dr Weibel qui est bien faite. »*

*E08 « J'ai lu des articles. »*

*E15 « [...] sinon ce sont des lectures en fait, des articles de la littérature. »*

## 2. Un manque d'aisance exprimé

Les termes de manque d'aisance, abordés par certains participants, sont employés ici pour relier à la fois des manques de compétence et d'assurance exprimés.

### a. Le manque de compétence exprimé

De nombreux participants (E01, E02, E05, E09, E12, E14, E17 à E20), représentant toutes les sous-catégories, ont décrit une difficulté pour le diagnostic et le traitement du TDAH de l'adulte liée à un manque exprimé de compétence, de connaissance et de maîtrise, ainsi qu'une sensation de « *flou* » citée par certains (E9, E18, E19).

*E01 « Mais alors que je suis assez à l'aise avec les médicaments en général, c'est que c'est un domaine où je me sens moins à l'aise. »*

*E02 « J'étais x fois en grande difficulté parce qu'il fallait les aider et que j'étais pas compétent du tout, enfin, bon. »*

*« Ce sont des consultations assez longues, peut-être aussi parce que je ne maîtrise pas assez. »*

*E09 « C'est quand même assez flou et je ne me sens pas à l'aise. »*

E12 « *Moi et mes collègues on a très peu de connaissance et c'est vrai que c'est ça qui pose souci.* »

E19 « *Les critères diagnostiques chez l'adulte ils sont quand même flous, j'en ai une représentation assez floue.* »

E20 A propos du traitement : « *J'ai vu qu'il y avait quand même des subtilités, prendre le matin, le midi, la fin de dose, machin. Quand tout ça c'est fait avant, moi ça me va mieux hein (rires). Quand c'est moi qui dois faire ça, plus la psychothérapie, plus tout (rires), clairement je pense que je suis pas compétente.* »

La répétition du terme « *flou* », notamment pour évoquer le diagnostic, pourrait être une illustration de la difficulté liée à des critères diagnostiques dont les concepts sont assez proches, aspécifiques et nombreux, ce qui peut faire nécessiter l'utilisation de questionnaires en compensation (E05 et E17).

E17 « *[...] parce que bon avant de passer l'échelle c'est quand même de l'à peu près.* »

#### b. Le manque d'assurance exprimé

Un manque d'assurance a été analysé comme exprimé par presque autant de participants (E02, E04 à E06, E09, E12, E13, E15, E20), de toutes les sous-catégories. Ce manque d'assurance est décliné en doute, prudence et manque de légitimité, le terme « *légitime* » ayant été cité plusieurs fois (E04, E06, E12, E15). Ces notions peuvent être analysées comme de cause multifactorielle par un sentiment de manque de compétence, de formation, d'expérience, de partage d'expérience, et par complexité clinique. Malgré ces facteurs tangibles, ce manque d'assurance pourrait-il être présent également par excès ? En effet, il pourrait aussi résulter d'une difficulté d'appréciation de ses limites, par sous-estimation de ses capacités ou surestimation de la difficulté de la prise en charge. Comme illustré ci-après, certains participants (E02, E06, E09) se sont soit appuyés sur les éléments standardisés d'un questionnaire soit sur l'avis extérieur d'un neuropsychologue pour se sentir plus sûrs.

E02 « *Je ne m'estimais pas suffisamment compétent pour faire un diagnostic en disant vous avez un TDAH, il me fallait au moins m'appuyer sur un bilan neuro-psycho compatible et ensuite*

*avec mon interrogatoire clinique et ce que j'en connaissais et voyais, je disais bon vous avez une forte suspicion. »*

E04 « *Ma difficulté c'est d'être sûre de moi, parce que heu j'ai quand même à chaque fois un doute, de me dire est-ce que c'est bien ça, est-ce que c'est pas ça... »*

*« Je me sentirais plus légitime avec plus d'expérience, et plus en confiance. »*

E06 « *J'aime pas trop les questionnaires. Mais je fais pas confiance à ma subjectivité, même si elle ne me trahit pas trop souvent, ça me permet de me sentir légitime. »*

Les manques d'assurance et de légitimité à la prise en charge peuvent aussi être directement liés à l'implication de l'initiation d'un traitement médicamenteux comme l'illustrent les citations du participant 12, psychiatre public.

E12 « *Avant de prescrire ce traitement là on veut être rassuré de se dire c'est vraiment ça c'est sûr que c'est ça je fais pas une erreur en le prescrivant, du coup on préfère demander à un spécialiste qui va dire c'est sûr que c'est ça. »*

*« [...] est-ce qu'on est légitime de prescrire comme ça un médicament... »*

*« Je suis pas rassuré pour prescrire parce que c'est pas l'habitude que j'ai. Peut-être que pour le diagnostic je l'évite parce que je me dis que je sais pas prescrire, je pense pas mais ça peut être aussi un truc inconscient. »*

*« En fait il me faut pas grand-chose pour pouvoir le prescrire c'est juste que je... je me sens pas légitime dans la prescription, parce que je pense qu'il manque des éléments et en fait si j'ai juste les éléments qui se mettent en place dans ma tête et ben je pense que je pourrais prescrire vous voyez. »*

Le participant 20, psychiatre libéral, a mis en avant la charge de l'implication de poser un diagnostic neurodéveloppemental de la vie entière potentiellement lourd de conséquences.

E20 « *La difficulté c'est les conséquences que ça peut avoir aussi hein de poser ce diagnostic quand même, qui est un trouble neurodéveloppemental, dire que c'est un trouble pour toute la vie, voilà. »*

### **3. Des besoins de formation et d'information**

### a. Un besoin de formation exprimé

Le besoin clairement explicité de formation a été exprimé de nombreuses fois par quatorze praticiens (E02 à E06, E09, E11 à E14, E16 à E18, E20) de toutes les sous-catégories. Plus spécifiquement, ce besoin, ayant parfois pris la forme d'une demande, a été exprimé de manière personnelle par certains (E02, E03, E05, E09, E12, E13, E16, E18, E20).

E05 « - *Quels éventuels besoins de formation vous auriez ou pas sur ce trouble ?*  
- *Ah si clairement [...] »*

E12 « *Il faut pas faire forcément un truc extrêmement long hein [...], je pense que juste faire un rappel sur les différentes choses ça me permettra de pouvoir prescrire. »*

D'autre part, ce besoin a aussi été exprimé de manière généralisée, et applicable en psychiatrie (E03, E04, E11, E14, E17) ou en addictologie (E14).

E03 « *C'est bien dommage que la sensibilisation des internes en psychiatrie ne soit pas suffisamment développée. »*

E11 « *[...] Ben former le gros bataillon de ceux qui peuvent faire le diagnostic, ce qui serait largement suffisant. Par les études médicales notamment. »*

« *[...] Mais il y a suffisamment d'éléments cliniques généraux à repérer, donc c'est la formation et l'accès, et pas dire qu'on construit du côté du centre-expertise. »*

E14 « *Dans l'idéal il faudrait qu'on ajoute ça dans la formation des addictos. »*

Il est à noter que deux addictologues psychiatres (E03, E05) ont exprimé être ou avoir été intéressés par le DIU « *TDAH à tous les âges* ».

E03 « *Je pense faire le DU, pour avoir plus d'outils et d'informations scientifiques. »*

Par ailleurs, trois psychiatres (E05, E12, E16) ont directement évoqué la formation à la question « *Qu'est ce qui pourrait vous faire augmenter ou non votre intérêt et votre activité dans le TDAH de l'adulte ?* », ce qui peut traduire la formation comme déterminant de soin.

E05 « *Ben je pense une formation qui me permettrait de..., parce que là je bidouille un peu quoi hein ».*

### b. Des besoins de formation et des questions spécifiques

Cette partie regroupe, dans une fin d'utilité, les demandes et questions cliniques spécifiques, ainsi que les demandes et besoins spécifiques de formation liés au TDAH de l'adulte.

Deux psychiatres (E12, E17) ont suggéré une récapitulation pratique du diagnostic.

E17 « - [...] des présentations de cas ou thèmes précis.  
- Pour cibler quoi ?  
- Les critères diagnostiques précis et concrets. »

Les participants 2, 9, 13 et 18 ont exprimé quant à eux un besoin de formation lié aux comorbidités de troubles de l'humeur (bipolaire pour E02 et E09, dépressif pour E09), troubles de la personnalité (borderline pour E09 et « psychopathie » pour E18), et à la population de psychiatrie carcérale (E18).

E09 A propos de la conférence du Dr Weibel en 2022: « [...] refaire ce type de formation avec différents profils de patients, borderline, dépressif, bipolaire. »

E18 « Alors moi ça m'intéresserait surtout en prison un retour d'expérience. Avec toute cette population très impulsive avec passage à l'acte, ça peut être très intéressant. »  
  
« Je pense que je suis pas encore au clair entre psychopathie, l'impulsivité, qu'on peut retrouver dans pas mal de pathologies, donc le rattacher qu'au TDAH je suis pas encore bien par rapport à cette problématique-là .»

Plusieurs participants (E02, E06, E08, E09, E12, E16) ont formulé des demandes liées à la gestion clinique et surtout pratique du traitement médicamenteux.

E02 « Je suis quand même en manque de webinaires [...] sur les effets secondaires pas cardio mais psychiques. »

E06 « La formation du Dr Weibel a été très utile, mais pourrait être répétée pour les subtilités des traitements et des actions et associations de traitements possibles. »

E09 « [...] Pour le traitement je démarre avec quelle dose ? »  
  
« J'aurais aussi encore des questions pratiques sur le traitement. »

E12 A propos du traitement : « [...] faire un récap sur les contre-indications, les bilans à faire, les différents traitements possibles. »

- E16 « Pour le besoin de formation, [...] surtout en terme de pharmaco et tout ça quoi, ça peut être pas mal... La posologie, comment augmenter... »
- « Il faut qu'on nous apprenne à prescrire. Même si c'est pas sorcier au final ça s'invente pas quoi. A quelle posologie démarrer, quoi quand comment... Les LP, LI. »

Dans cette continuité de la gestion du traitement médicamenteux, une question clé revenue trois fois (E02, E07, E20) a été la conduite à tenir pratique en cas d'inefficacité ou d'efficacité partielle du traitement médicamenteux (sous-entendu par une forme de méthylphénidate), qu'il soit de première ligne ou non. Ce questionnement concorde avec la place centrale du méthylphénidate, qui n'a que peu d'alternatives en France.

- E02 A propos du traitement médicamenteux : « s'il ne marche pas que faire (rires). Qu'est-ce que je dis aux patients au moins. »
- E07 « La non-réponse ou la réponse partielle au traitement médicamenteux, comment on gère ça ? De quoi se satisfaire ? D'une réponse partielle ? »
- E20 « C'est peut-être là où je suis embêté, c'est quand le traitement va pas fonctionner, qu'on en essaye d'autres, qu'on a un peu tout essayé. »

Enfin, une attente d'outils thérapeutiques pratiques a été exprimée par le participant 10, addictologue somaticien.

- E10 « On avait dit qu'on ferait deux demi-journées de formation et nous, ce qui nous intéresserait, c'est que la deuxième demi-journée soit davantage sur les outils thérapeutiques. »

### c. Un besoin d'information et de sensibilisation des médecins et du grand public

Le besoin pour les médecins d'une information, d'une éducation et d'une sensibilisation au trouble a été évoqué par plusieurs participants (E04, E08, E11, E12, E14, E16, E17, E18). Ce besoin implique comme attendu un besoin de formation (E04) mais il est également déterminant pour les besoins de dépistage (E11, E14), d'accès au soin (E08, E12), de la reconnaissance du trouble (E18), mais aussi simplement d'information réglementaire (E17).

- E04 « Il y a un manque de sensibilisation et du coup il y a un manque de connaissance. »

- E08 « - Comment [...] étendre et améliorer la prise en charge de ce trouble ?  
- Dédramatiser le truc. »
- E11 « [...] C'est déjà sensibiliser au fait que ça existe, déjà, parce que si on est pas conscient que ça existe on passe à côté. »
- E12 A propos de la surcharge des experts : « Il faudrait que la situation de désengorge, que plus de gens soient au courant et comme ça on pourrait avoir des échanges plus faciles avec les experts. »  
A propos des confrères : « Je pense que ce qu'il faut faire, c'est en parler à tout le monde. »
- E17 « Moi j'ai appris y'a pas très longtemps qu'on pouvait primoprescrire en libéral. Est-ce qu'en libéral ils sont aussi bien informés ou pas... Je sais pas trop. »
- E18 « - Quel est selon vous l'avis général lié à ce trouble et les difficultés pour les praticiens ?  
- Tout le monde s'interroge un peu... Je lance le truc et personne rebondit (rires) donc je pense qu'ils ont pas trop d'avis. »

Les participants 3, 9 et 11 ont quant à eux évoqué le besoin d'information du grand public. L'avis du participant 9 a été que l'information du grand public devait passer par le TDAH de l'enfant, ce qui comporte la logique pertinente de la continuité neurodéveloppementale pour la vulgarisation. En effet, en déconstruisant la vulgarisation de la seule hyperactivité comme causalité des maux de l'enfant, une compréhension sur l'évolution au fil de la vie pourrait se faire par le grand public.

- E03 « [...] Augmenter l'information du grand public et des sites d'information. Démocratiser des plaquettes d'information pour les patients. »
- E09 « On a souvent en addictologie des présentations dans les villes, à l'école, dans les centres socio-culturels, ce serait une idée pour le TDAH. J'ai l'impression que la seule porte d'entrée chez l'adulte, c'est via le TDAH de l'enfant. »

#### 4. Des motivations à une qualité de la prise en charge

Dans cette partie sont regroupées les motivations exprimées par les participants à la qualité de leur prise en charge. Les participants ont manifesté à cet égard de l'implication, du professionnalisme et de l'intérêt pour le trouble.

a. Une nécessité de bien répondre aux besoins des patients en souffrance

La motivation de prendre en compte les besoins ou la souffrance du patient a été évoquée par plusieurs participants (E01 à E03, E07, E09, E10, E11, E13, E15, E18).

- E01 « *Le but est vraiment de répondre à la demande des patients. »*  
 « *C'est une pathologie qui fait souffrir quand même pas mal de gens. »*
- E03 « *[...] J'ai cet intérêt pour le bien des patients. »*  
 « *Le diagnostic n'implique pas forcément un traitement médicamenteux mais au moins on pose un nom sur des difficultés. »*
- E15 A propos du méthylphénidate : « *Si le patient a besoin de ce traitement à ce moment-là, même si l'indication elle est un peu foireuse, je pars du principe que c'est intéressant. »*

Deux addictologues somaticiens (E07, E09) ont fait remarquer que, pour une meilleure prise en charge du patient en addictologie, la prise en charge du TDAH était importante.

- E07 « *Nous en CSAPA on est motivé parce qu'on voit bien que cette inconstance et ces troubles fonctionnels perturbent une efficacité de la prise en charge de l'addiction. »*

La nécessité d'être compétent et formé pour prendre en charge ces besoins est une notion qui a été spontanément énoncée plusieurs fois (E01, E02, E15, E16).

- E01 « *Les changements récents sont une bonne chose, la prescription extra-hospitalière, à partir du moment où on est compétent et formé. »*
- E15 « *Qu'il y ait un prescripteur expert entre guillemets qui initie le traitement, moi je trouve ça pas forcément délirant en fait. »*
- E16 « *[...] comme je veux pas faire n'importe quoi, je le fais pas dans mon coin. »*

Cela suggère un professionnalisme et une réflexion, voire une introspection, sur ses limites ou celles qui sont nécessaires pour une bonne prise en charge. Cela rejoint la question de la place de chaque professionnel dans le parcours de soin et plus spécifiquement pour la prise en charge initiale, comme développée dans la partie E.

### b. L'intérêt pour le trouble et pour sa formation

Outre l'idée de besoin, un intérêt pour le trouble, ainsi que pour la formation, a aussi été une motivation énoncée par certains praticiens (E04, E09, E12, E16).

- E09 « - *Qu'est ce qui pourrait vous faire augmenter ou non votre intérêt et votre activité dans le TDAH de l'adulte ?*  
- *J'ai déjà un intérêt, je suis intéressé [...] »*
- E12 « - *Ca veut dire que vous seriez prêt à augmenter votre activité ?*  
- *Oui, même devenir un expert de mon côté (rires), pourquoi pas. Mais franchement ça m'intéresserait. Un peu comme pour l'autisme chez l'adulte, j'adore ça en fait. »*
- E16 « *Je trouve ça chouette d'apprendre des choses, et mieux connaître une maladie pour laquelle on est un peu plus sensibilisé. »*

## **5. Les propositions d'aide et de formation**

En résultante des développements précédents, sont regroupées dans cette partie toutes les propositions par les participants d'une forme d'aide ou de formation pour tenter de répondre aux besoins de compétences notamment pratiques liés au TDAH de l'adulte.

### a. Le moyen de la formation magistrale

La formation magistrale comme formation continue a été de loin l'idée la plus citée, par de nombreux participants (E01, E02, E05, E08, E09, E10, E11, E12, E13, E14, E16, E17, E18, E20). Par ailleurs, les retours des participants aux conférences de 2022 du Pr Bertschy et du Dr Weibel, où certains ont été recrutés pour l'étude, sont très positifs. Le participant 11, psychiatre libéral, a en outre apprécié ce lien entre ville et hôpital, décrit jusque-là comme peu développé. A propos de l'organisation de la formation magistrale, des participants ont évoqué la durée et le moment de la formation, allant de la soirée (E12, E17) à la journée entière (E05, E20) en passant par une ou des demi-journées (E05, E09). Les psychiatres 12 (public) et 16 (libéral) ont mis en exergue la question du

recrutement des participants, le premier suggérant de venir au plus proche des professionnels, et les deux suggérant une utilisation du mail. Deux participants ont suggéré le support vidéo, comme moyen de formation pratique (E09) mais aussi comme moyen de diffusion de preuves cliniques « *pour les plus réticents* » (E02).

- E01 « *La conférence du Dr Weibel et Pr Bertschy c'est super comme idée, j'ai rien eu comme ça auparavant.* »
- E02 A propos des médecins : « *Peut-être que pour les plus réticents, il faut leur montrer des entretiens de patients avant-après.* »
- E09 « *J'ai bien apprécié la demi-journée avec des situations pratiques avec la vidéo d'un patient.* »
- E05 A propos des conférences : « *Ce genre de formation ce serait parfait si ça pouvait se répéter, deux demi-journées ou une journée entière.* »
- E11 « *La réunion de formation sur le TDAH de l'adulte au CHU, j'ai trouvé que c'était plutôt positif, déjà le fait que ça existe hein, parce qu'il y a eu plusieurs tentatives de lien comme ça entre ville et hôpital, mais c'est quand même deux mondes très clivés hein, et pour x raisons chacun y contribue à mon avis. Mais il y a beaucoup d'hospitalo-centrisme quand même, parce que les soins en psychiatrie sont assurés par les psychiatres de ville hein.* »
- E12 « *Une sorte de conférence un soir sur Strasbourg un truc comme ça. Ça m'intéresserait.* »
- A propos de l'organisation de la formation :
- « *Mais pour toucher le plus de personnes possibles, un peu comme les CMP (rires), il faut se mettre directement chez la population (rires).* »
- « *Par mail, ça peut toucher beaucoup de monde.* »

#### b. La proposition d'observations cliniques

Cet item a été spécifique de l'entretien avec le participant 4, seul participant hors Alsace. L'idée d'observations cliniques de la pratique de psychiatres experts a été proposée, sous forme de demi-journée.

- E04 « *[...] Proposer des demi-journées d'observation en consultation, pour sensibiliser aussi.* »

*« [...] Malgré tout la médecine s'apprend au contact de ceux qui savent, pouvoir observer sur quoi on fait le diagnostic. Ça peut donner confiance et être intéressant. »*

Ce psychiatre a ainsi soulevé une réponse à un besoin de sensibilisation et d'apprentissage par compagnonnage, classique en médecine, de même que l'aide à une « confiance » en sa pratique. L'auteur confirme l'intérêt de cette pratique qu'il a pu réaliser en octobre 2022. Celle-ci semble pertinente pour l'expérience de la clinique mais aussi peut-être, sans en enlever la complexité, pour un potentiel besoin de dédramatisation de la prise en charge initiale. Elle est utile en outre pour toutes les questions pratiques et organisationnelles que soulève la prise en charge.

### c. La proposition d'un document d'aide

Un document d'aide en consultation ou un support de formation ou d'information, papiers ou informatisés, ont été évoqués par certains médecins (E02, E05, E12, E18). Les citations sont ici exhaustives car hétérogènes dans les idées de document.

*E02 « Il faut que je redemande à Dr Weibel son document que j'utilise en consultation. Il faut que je demande une version informatisée. »*

Le participant 5 a fait référence à un support d'aide à destination des médecins généralistes. Il a ainsi suggéré un équivalent pour les psychiatres.

*E05 « - J'ai vu un truc pour le TDAH chez le médecin généraliste. J'ai trouvé ce petit papier hyper bien fait et sans que ça prenne la tête avec plein d'infos.  
- Ça pourrait être utile en consultation ?  
- Je pense oui, avec peut être un truc pour les psychiatres, les généralistes ne peuvent pas initier le traitement. Un truc un peu plus développé quand on est psychiatre ou hospitalier. »*

Une « news Pharmacopsy » a été proposée pour le traitement médicamenteux (E12). Il est à noter que l'association « Pharmacopsy Alsace », qui regroupe des psychiatres et des pharmacologues, réalise des formations et diffuse une lettre d'information mensuelle de psychopharmacologie avec des cas cliniques.

*E12 « [...] Pourquoi pas des flyers de rappels qu'on peut avoir sous la main. »*

« [...] Aussi une news Pharmacopsy là-dessus. »

- E18 « - *Quels éventuels autres besoins entrevoyez-vous ?*  
 - *Un descriptif, peut-être un support avec des descriptifs cliniques détaillés, comme la HAS a publié sur la bipolarité qui est une vraie bible. »*

#### d. La proposition d'une plateforme internet

Même si le contenu d'un site internet recoupe les informations d'un document papier ou informatique, certains (E05, E11, E17) ont évoqué spécifiquement un contenu en ligne. Un psychiatre libéral a semblé évoquer une « foire aux questions » ou un guide pratique (E11). Le participant 17 a lui suggéré un outil clinique en ligne ou sous forme d'application, et en particulier une échelle ou un questionnaire diagnostique en ligne type DIVA.

E11 « [...] *Ca pourrait être une plateforme. Qu'est-ce qu'il faut faire comme examen avant traitement, oui c'est mieux de faire tel et tel examens. »*

- E17 « - *Il pourrait y avoir une échelle mais en ligne, à remplir sur internet, comme on voit parfois, qui calcule le score total etc.*  
 - *Comme une DIVA en ligne ?*  
 - *Oui. Et il y a une étude récente qui conclue que les médecins sont hyper intéressés par les applications médicales et ce genre de dispositif et étaient demandeurs d'information là-dessus, aussi pour le suivi des patients. »*

### C. Une prise en charge complexe et récente

L'objectif de cette partie est de définir et développer les déterminants et difficultés cliniques et pratiques intrinsèques au TDAH de l'adulte en tant que pathologie complexe et d'intérêt récent. Ces points sont développés indépendamment des questions des compétences, du parcours de soin et des représentations, toutes trois développées dans d'autres parties.

## 1. Une expérience en question

### a. Une expérience récente et encore faible

Les participants ont été assez nombreux à avancer une expérience en rapport avec le TDAH de l'adulte qui était faible (E02, E04, E07, E10, E11, E12, E13, E16, E17, E18, E19) ou récente (E01, E02, E04, E05, E07, E08, E10, E16, E19), ou les deux pour six d'entre eux. Ils en parlaient notamment quand on leur posait les questions « *quelle est votre sensibilisation à la notion de TDAH de l'adulte ?* » et « *quelle est votre expérience et votre pratique liées au TDAH de l'adulte ?* ». La notion d'expérience récente a soit été énoncée directement soit induite par les durées d'expérience avancées. Quand celles-ci ont été énoncées (E01, E04, E05, E07, E08, E16, E19), elles se sont toujours trouvées entre un an et demi et cinq ans.

- E01 « *Depuis quatre-cinq ans j'ai le sentiment qu'il y a une demande régulière de consultation pour le TDAH. Avant, c'était hyper ponctuel.* »
- E04 « *Mon expérience est assez maigre pour le moment. [...] J'ai pas beaucoup de retour d'expérience.* »
- E05 « *C'est assez récent qu'on parle autant du TDAH de l'adulte.* »  
« *Ca fait trois ans que je suis un peu initié à ça et un à deux ans que vraiment j'ai mis le nez dedans.* »
- E07 « - *Cette sensibilisation elle est venue quand ?*  
- *(Souffle)... Assez tardivement je pense [...]. Heu moi j'étais pas au courant de cette histoire pendant toute ma durée de médecine libérale, même en addictologie j'avais pas ce regard-là. [...] C'était... oui (souffle) les trois-quatre dernières années.* »  
« - *Quelle est votre expérience pratique liée au TDAH de l'adulte ?*  
- *Très faible hein.* »

Le participant 10, addictologue somaticien, a suggéré un déterminant important de l'expérience, à savoir l'initiation de prescription (développée dans la partie E). En effet, en dehors du dépistage, la démarche diagnostique et la prise en charge initiale repose généralement sur le prescripteur initial.

Ceci retire une grande partie de gain de l'expertise du trouble pour les médecins qui ne sont pas autorisés à initier le traitement.

E10 « (Sourire) Mon expérience c'est un grand mot, ma pratique très peu puisque nous ne pouvons pas prescrire. »

E11 « Sur les adultes eux-mêmes, j'ai pas une expérience très fournie non plus hein. »

Il est intéressant de remarquer chez le participant 16 une rupture entre public et libéral, avec l'apparition d'une sensibilisation quand il était dans le public mais d'une expérience réelle uniquement à partir de son installation libérale.

E16 « Après je reçois pas beaucoup de patients TDAH mais j'en ai quelques-uns. »

« - Cette sensibilisation elle a eu lieu quand ?

- C'est plutôt venu vers la fin de mon internat il y a quelques années, il y a trois ans à peu près. Et c'est venu un peu plus par la suite où on en entendait quand même beaucoup plus parler. »

« - Pour ce qui est des patients, avant votre installation, vous en avez vu ?

- Jamais, j'avais jamais prescrit de Ritaline, ou autre. C'est seulement depuis que je suis installé en libéral que j'en prescris. »

Ceci peut faire entrer plusieurs facteurs en jeu, comme une augmentation de la demande et de la sensibilisation au fil des dernières années mais également une demande plus importante en libéral, ou encore une sensibilisation restreinte dans le public. En revanche, la prescription initiale de méthylphénidate ayant été possible dans le public, la réglementation ne semble pas discriminante ici.

#### b. Un besoin d'expérience et de temps

La faible expérience a non seulement été un constat comme décrit précédemment mais aussi une plainte (E03, E04, E07, E09, E13, E14). Le problème du manque d'expérience a notamment été mis en évidence pour moitié lors de questions sur les difficultés ou les freins.

E03 « - Quels éventuels freins liés au diagnostic avez-vous dans votre pratique ?

- C'est le manque d'expérience autour du diagnostic. »

« [...] Ca va forcément se développer du fait de ma position de psychiatre addictologue en CSAPA. »

E04 « - Rencontrez-vous d'autres difficultés, hors médicamenteuses ?  
- Pas assez d'expérience. Peut-être que dans un an ce sera différent. »

E09 « Je ne me sens pas prête peut-être toute seule. C'est peut-être parce que je n'en ai jamais fait que j'ai une appréhension. »

La dernière citation, d'un addictologue somaticien (E09), souligne deux points : le premier est l'importance de pouvoir se lancer dans une première expérience de prise en charge, le second est l'importance de l'accompagnement quand on manque d'expérience. Ce dernier point peut être mis en lien ici avec l'environnement favorable de collégialité et de pluridisciplinarité de l'addictologie comme développé précédemment, mais aussi avec le besoin de réseau, développé plus loin.

### c. Une expérience forcée par la surcharge des experts

Le rôle des experts du TDAH de l'adulte est abordé dans la partie E, mais leur surcharge est ici décrite pour certains psychiatres, publics (E08, E19) ou libéraux (E02, E16, E20), comme la cause d'une expérience induite voire forcée par le délai pour une première consultation spécialisée au CHU de Strasbourg.

E08 A propos de la mise en pratique du traitement : « L'élargissement se fait naturellement car les délais sont trop longs pour une consultation spécialisée. »

E19 A propos du TDAH : « J'ai à nouveau des demandes, mais dans un contexte où le centre expert à Strasbourg est saturé, où ils ont une liste d'attente de deux ans, vous vous rendez compte. Donc ils viennent et les gens expriment un besoin, on essaye de voir s'il y a des arguments pour le faire et puis voilà. »

E20 « Je suis pas spécialiste des traitements mais comme mes collègues spécialistes sont plus trop dispos je commence à faire un peu toute seule. Je me suis dit bon je vais me fier à mon impression clinique. »

« - Vous parliez d'un changement il y a un an et depuis la surcharge des consultations au CHU, et il y a depuis cette AMM pour la Ritaline et l'initiation possible en libéral, ça

*change quelque chose pour vous ?*

*- Et bien oui la preuve sinon je l'aurais pas fait quoi (rires). »*

## 2. Des difficultés diagnostiques

### a. La complexité clinique du diagnostic

La complexité clinique du diagnostic a été évoquée pour tous les sous-groupes de praticiens (E01, E03, E04, E07, E08, E10, E13, E14, E16, E20), notamment quand on les questionnait sur leurs difficultés. La capacité de jugement clinique a été abordée (E01), de même que le besoin d'une bonne capacité d'analyse psychiatrique (E08), mais aussi la complexité clinique « même » pour les spécialistes des troubles psychiatriques (E03).

*E01 « Discerner les patients qui rentrent dans le diagnostic ou pas je trouve ça compliqué. »*

*E08 « Je pense qu'il faut avoir une bonne capacité d'analyse psychiatrique pour faire le diagnostic. »*

*E03 « C'est un diagnostic assez complexe. C'est pas évident même en tant que psychiatre ».*

Ces éléments pourraient suggérer que le TDAH de l'adulte est une pathologie de prise en charge spécialisée qui pourrait aussi ne pas être adaptée à un médecin non formé à la psychiatrie, par la difficulté de jugement clinique mais aussi par la nécessaire analyse psychiatrique globale faisant entrer dans la réflexion l'élimination des diagnostics différentiels et le diagnostic des comorbidités.

D'autre part, plusieurs participants ont évoqué la nature des symptômes ou des critères diagnostiques comme des éléments de complexité. L'aspécificité (E04) et le caractère subjectif ou abstrait (E13) des symptômes ont été évoqués.

*E04 « Ce sont des symptômes qui ne sont pas très spécifiques (rires de gêne), il faut le reconnaître. »*

*E13 « C'est vrai qu'on se pose des questions cliniques, comme c'est compliqué, on est pas dans l'hyperthymie, une prise de toxiques, l'instabilité d'un trouble de la personnalité. »*

Concernant les critères de diagnostic, ceux-ci ont pu apparaître de définition floue pour un addictologue somaticien (E07), et de limite floue pour atteindre en nombre et en qualité les critères diagnostiques (E14).

E07 « [...] Et puis on a vu dans le DSM-5 qu'il y avait des choses notées autour de ce truc, mais ça apparaissait tellement difficile, parce qu'il y avait des notions... C'est quoi les troubles exécutifs, c'est quoi l'hyperactivité et comment... Voilà. »

E14 « Pour se lancer dans un traitement psychostimulant on va plutôt se concentrer sur un diagnostic clair typique, ceux pour lesquels on est pas sûr on va peut-être rester sur des questions en suspens. Ces cas sont parfois les symptômes isolés insuffisants pour le diagnostic, faisant partie du tempérament ou diagnostic différentiel. »

La question d'un « curseur » clinique semble ici centrale. Il s'agit d'une réflexion quantitative et qualitative sur la maîtrise de la définition des critères, du jugement de leur présence y compris dans le temps et rétrospectivement, l'élimination des diagnostics différentiels et l'évaluation juste du retentissement de ces symptômes-critères. Dans cette analyse complexe, la précision de ce curseur semble particulièrement dépendante des compétences et de l'expérience à la fois pour le TDAH de l'adulte et le reste de la psychiatrie.

#### b. La difficulté diagnostique liée aux diagnostics différentiels hors trouble addictologique

La difficulté diagnostique du fait des diagnostics différentiels a été mise en avant par les participants de chacun des sous-groupes (E03, E08, E09, E10, E14, E16, E19, E20), soit de manière directe en réponse à une question sur les difficultés, soit de manière indirecte en évoquant la réflexion diagnostique. Une pluralité de cette difficulté dans le raisonnement est représentée par la place du TDAH entre les diagnostics différentiels et comorbidités, alors que le TDAH lui-même peut être considéré comme diagnostic différentiel ou comorbidité d'un ou plusieurs autres troubles. Les diagnostics différentiels quand ils ont été précisés ont été les troubles de l'humeur (E19), le trouble bipolaire (E08, E09, E10), le trouble dépressif (E20), le trouble borderline (E09, E16) et la « psychopathie » (E14).

E08 « - *Quels éventuels freins liés au diagnostic avez-vous dans votre pratique ?*  
 - *Diagnostics différentiels, quand on n'est pas sûr, notamment les troubles bipolaires.* »

Le récit E14 permet d'imaginer le potentiel risque de conclure à un diagnostic différentiel tant en matière de retard de prise en charge que d'iatrogénie médicamenteuse.

E14 « *J'avais un patient ingérable dans le service, tout le monde le prenait pour un psychopathe, il était très instable il parlait très fort, il ne tenait pas en place. Le Risperdal l'avait beaucoup apaisé mais il avait encore du mal à tenir en place, passait d'un sujet à l'autre, n'avait pas de filtre, était impulsif.* »

E16 « *Quand ça s'associe avec un trouble de la personnalité parce que c'est vrai ils sont cognés quand même, là c'est compliqué de faire la part des choses entre la borderline qui se dit TDAH et la borderline qui est (appuyé) TDAH.* »

Le participant 19 soulignait ici l'aide et l'appui extérieurs que constitue une évaluation neuropsychologique pour le raisonnement diagnostique différentiel du TDAH de l'adulte.

E19 « *J'ai souvent ce problème de diagnostic différentiel par rapport à des troubles de l'humeur. Je sais que ça peut être aussi lié à des troubles attentionnels, et donc souvent moi je suis pas sûr, et je me pose la question est-ce que c'est un trouble de l'humeur ou un TDAH, voire les deux. Et donc l'évaluation neuropsychologique m'aide, notamment sur les troubles exécutifs.* »

E20 « *[...] Des patients si effectivement ils sont en phase de dépression on peut trouver qu'ils ont du mal à se concentrer, c'est pas non plus spécifique quoi.* »

On peut remarquer dans les questionnements diagnostiques différentiels l'absence de troubles anxieux. Ces troubles se manifestent en effet logiquement plus volontiers comme comorbidités que comme diagnostics différentiels, du fait de leurs définitions.

### c. La complexité diagnostique en addictologie

La complexité du diagnostic de TDAH en addictologie a été mise en avant par des addictologues psychiatre (E05) et somaticiens (E07, E09, E10), et par un psychiatre intervenant en addictologie (E13). Le TDAH apparaît ici dans le raisonnement plus volontiers comme une possibilité de comorbidité d'un trouble addictologique. En effet si un TDAH n'est pas déjà diagnostiqué, l'addictologue se trouve dans une situation où il reçoit le patient pour la prise en charge d'un trouble

addictologique soit connu, soit plus directement diagnostiqué que le TDAH de par le contexte d'adressage. Dès lors, le raisonnement est porté sur la coexistence ou non d'un TDAH, et sur ce point les participants ont ici présenté une particulière difficulté du fait de l'intrication symptomatique entre TDAH et certains troubles addictologiques. Il s'agit d'une difficulté liée aux manifestations cliniques des patients mais aussi à l'effet propre des substances ou leur craving pouvant s'approcher des symptômes du TDAH. Ainsi certains (E05, E09) ont exprimé la difficulté d'une addiction toujours active ainsi que l'intérêt de pouvoir réévaluer la situation après un sevrage.

E05 « Clairement quand les gens sont dans l'addiction, c'est compliqué de savoir quel est l'effet du toxique ou pas, clairement un patient cocaïnomane c'est compliqué de dire qu'il a TDAH alors que la cocaïne pourrait aussi mimer l'effet du TDAH. Donc ce n'est pas simple et souvent j'aime bien quand même avoir ce recul-là aussi du temps de sevrage pour voir comment sont les gens aussi à distance du produit. »

E09 « [...] la difficulté aussi chez les patients qui n'ont pas pu arrêter et qui ont toujours de multiples addictions. Chez ceux qui ont un contexte très lourd, comment arriver à faire la part des choses. »

A propos des consommations de toxiques et leur retentissement propre, s'il devait y avoir un biais de surdiagnostic du TDAH du fait des substances, celui-ci semble alors anticipé. Dans ce prolongement, on peut imaginer un biais de compensation voire de méfiance quant à un diagnostic de TDAH sur un terrain addictologique comme illustré ci-après (E07, E13). Cette réflexion pourrait alors rejoindre la question des représentations et préjugés, développée dans la partie D.

E07 « Surtout en addictologie j'ai quand même senti que les psychiatres étaient un petit peu sur le frein en disant attention les gars ils prennent tellement de choses qu'ils pourraient faire croire à un TDAH, oui mais de toute façon vos patients ils ont tous un peu des TDAH vu les toxicomanes que vous avez. Donc nous derrière on veut être sûr que... enfin faire la différence entre le vrai et le faux quoi. Donc il y a plein de réticences quand même. »

E13 « Souvent, ce qui rend sceptique, c'est souvent associé à des prises de toxiques, de mon expérience hein. Je le vois d'ailleurs en addicto. Et souvent, chez les patients [...], il y avait une comorbidité addictive, qui fait que c'est quand même compliqué comme ça de porter le diagnostic. »

Rappelons que le diagnostic repose sur des critères symptomatiques à l'instant du diagnostic adulte mais aussi depuis plus de 6 mois et avant l'âge de 12 ans. En outre, la question du contexte des symptômes et du retentissement est également indispensable au diagnostic. Enfin, il est à noter que même si la tâche parfois complexe d'éliminer un TDAH chez un patient en addictologie peut être légitime, l'association entre TDAH et trouble addictologique est très prévalente comme vu dans les résultats de l'étude et la revue de la littérature.

#### d. Des questionnaires à défaut(s)

A l'instar des problématiques liées aux symptômes déjà citées, les questionnaires d'aide au diagnostic sont apparus pour certains (E07, E14, E20) comme un outil subjectif, peu spécifique, à risque de surdiagnostic, ou inintelligible pour le patient.

E07 « [...] Et puis je me suis rendu compte aussi sur un patient, même la compréhension des questions c'est parfois compliqué... Ils sont revenus me voir en disant mais docteur j'ai pas compris telle question, telle question [...]. Eux ils ne se rendent peut-être pas du tout compte du poids de certains item, ou de la vraie question quoi. »

E14 « C'est la question de ces tests qui peuvent un peu surdiagnostiquer. Des tests qu'on remplit, avec de la subjectivité, c'est pas une tension à douze/six. »

E20 « J'ai fait des DIVA mais à chaque fois ils cochent tous tout oui, alors ça va confirmer mais c'est juste un truc pour se heu, je sais pas dans quelle mesure c'est fiable en fait, voilà. »

Les défauts des questionnaires relevés ici peuvent permettre de rappeler qu'ils sont sujets à l'interprétation du praticien comme jugement ultime, et que le DIVA est un hétéroquestionnaire relevant du guide d'entretien compréhensif mené par le praticien.

#### e. La question de l'adulte non diagnostiqué durant l'enfance

Dans les difficultés diagnostiques, il est possible d'intégrer une notion d'évolution temporelle de la présentation du patient chez qui se pose la question du TDAH. Ceci concerne son évolution symptomatique et de retentissement au fil du temps (E08, E12), mais aussi l'évolution de la

démographie et la typologie de patients à diagnostiquer au fil d'une expansion de la prise en charge du TDAH de l'enfant puis de l'adulte (E05, E08). Cela impliquerait que dans le futur il y ait moins de diagnostic à l'âge adulte car les enfants auront été mieux pris en charge (E05, E08), ce qui suggérerait des cas de diagnostic plus complexe ou plus atypique à l'âge adulte (E08, E12). Le passage du participant 8 regroupe ces différentes notions, tandis que celui du participant 12 montre aussi l'importance de l'exploration du retentissement et des symptômes à travers le temps, et fait entrevoir la réflexion sur le continuum entre traits et trouble, traité plus loin.

E05 « Maintenant aussi probablement qu'on détecte mieux le TDAH chez l'enfant, heum, est ce qu'il y aura toujours ces TDAH de l'adulte découverts comme ça fortuitement alors que normalement ils auront dû être détectés dans l'enfance. Clairement les gens qu'on voit, ils ont trente-quarante ans, clairement c'était les années quatre-vingt ou même quatre-vingt-dix, je pense qu'on ne détectait pas autant de TDAH de l'enfant, donc est ce que dans les années à venir le TDAH de l'adulte aura pas été ... enfin ce ne sera plus autant de découverte à l'âge adulte. »

E12 « Je me dis quelqu'un a sûrement des traits de TDAH, si jamais ça n'a pas eu un impact majeur au cours de son cursus scolaire, on se dit mais non... Parce qu'on associe toujours le TDAH à l'enfant en fait, parce qu'à l'âge adulte il y a souvent l'hyperactivité physique qui diminue et des trucs comme ça, donc c'est un peu moins visible à mon avis et les gens ont su s'adapter, du coup comme ils se sont déjà un peu adaptés, en tous cas ils ont toujours vécu comme ça, on se pose la question est-ce que c'est vraiment nécessaire de prescrire. C'est des gens qui ont réussi à avancer, ils souffrent un peu mais ça a été comme ça toute leur vie. Et parfois ils peuvent avoir un souci et ils n'arrivent pas à s'en sortir à cause du TDAH. Ça peut servir à un moment donné, pour sortir d'une dépression par exemple, même ponctuellement pour sortir d'un évènement compliqué. »

E08 « Il y avait certainement beaucoup de patients jeunes adultes qui sont passés entre les gouttes du diagnostic à l'enfance. Parce ce que, soit parce que c'était pas assez répandu, soit parce que les symptômes n'étaient pas assez marqués dans l'enfance ce qui faisait qu'à l'âge adulte ça en faisait aussi des TDAH atypiques et probablement plus difficiles à repérer et plus difficiles à prendre en charge. »

### 3. Des difficultés cliniques liées au traitement médicamenteux

Le méthylphénidate a été le seul traitement médicamenteux utilisé ou abordé par les participants. Il s'agit du premier chapitre développant le méthylphénidate, ici par les difficultés cliniques.

a. Des difficultés du fait de l'inefficacité perçue du méthylphénidate, y compris en addictologie

Plusieurs praticiens (E02, E05, E06, E08, E14, E20) ont évoqué des expériences négatives en termes d'efficacité sur les symptômes du TDAH d'un certain nombre de patients. Il a été décrit l'importante limite représentée par l'inefficacité du méthylphénidate en termes de manque d'alternative médicamenteuse (E02).

*E02 « Il y a quand même des gens pour qui le méthylphénidate ne marche pas et pourtant je suis quand même sacrément sûr de mon coup. »*

*« En tout cas je suis assez embêté car il y a des fois où le méthylphénidate ne marche pas du tout ou très insuffisamment, et là je ne sais plus trop quoi faire. Alors je fais ce qu'on a dit à cette réunion, [...] si une des formes ne marche pas en essayer une autre, et c'est vrai que le dosage n'est pas le même en LP et LI dans le Quasym, la Ritaline ou dans le Concerta. »*

*E08 « J'ai suivi une petite dizaine de patients mais aucun n'a été transformé par le traitement. »*

*« Je n'ai aucun patient qui a commencé la Ritaline qui a continué encore. »*

Ce dernier passage (E08) nous permet de suggérer que lorsqu'un traitement n'est pas efficace son arrêt se fait naturellement, y compris en addictologie puisque le participant évoquait son expérience en psychiatrie et en addictologie.

Certains participants ayant une activité en addictologie (E07, E08, E18) ont quant à eux évoqué spontanément une attente non satisfaite d'efficacité du méthylphénidate sur le trouble addictologique, notamment lié à la cocaïne, alors même que l'indication médicamenteuse n'est pas celle-ci.

*E18 « Il y a cet espèce de miracle s'ils sont sous Ritaline on va les sortir de la toxicomanie (ironique). »*

« - Je ne pense pas que ce soit un traitement miraculeux en addictologie pour arrêter la coc'.

- C'est pas l'objectif du traitement je dirais. [...] C'est vendu comme ça ?

- Ben moi c'est ce que j'ai entendu. »

#### b. Des difficultés du fait des effets indésirables du méthylphénidate

Des problèmes de tolérance du méthylphénidate ont été décrits par certains (E05, E06, E10, E11, E12, E15). Les effets indésirables cités ont été à chaque fois différents et ont souvent mené à un arrêt du traitement spontanément évoqué, source de difficulté. Les citations représentent chacun des effets indésirables cités.

E05 « [...] j'ai notamment dû arrêter chez un patient qui faisait une anorexie sous Concerta, qu'on a passé sous Quasym et là il a fait des troubles du rythme. On a décidé d'arrêter toutes les prises en charge avec le méthylphénidate. »

E06 « J'ai un patient qui tolère très mal la Ritaline et qui a fait un glaucome et de l'hypertension. »

E10 « [...] cette dame l'a rapidement arrêté, en disant que ça lui avait augmenté son craving pour l'alcool. »

« [...] Mais à un moment donné il m'a dit que ça modifiait ses émotions et ça le gênait donc il a décidé de l'arrêter. »

E12 « Mais en fait on a pas pu augmenter le traitement parce qu'elle avait des effets secondaires initiaux avec hypersudation et puis elle était très anxieuse aussi, d'une manière générale. »

#### c. Des difficultés dans la gestion du méthylphénidate du fait des comorbidités

Les comorbidités du TDAH de l'adulte peuvent apparaître sur le terrain de vulnérabilité que constitue le trouble ou encore comme déclencheur de son aggravation, voire de son démasquage à l'âge adulte, jusqu'à la notion débattue de l'apparition du trouble à l'âge adulte. Pour les participants 2, 7, 15 et 17, ces comorbidités posent au titre de cette interaction réciproque avec le TDAH des questions de place et de moment de l'introduction du méthylphénidate. Il y a l'appréhension légitime

exprimée de faire décompenser un trouble psychiatrique non stabilisé par l'introduction du traitement (E02).

*E02 « J'en ai aussi quelques-uns que je n'ai pas encore traités car ils ont des troubles anxieux associés tellement énormes que je commence à traiter un peu le trouble anxieux. Je n'ai pas envie de faire flamber ça avec de la Ritaline. Ou bien d'autres qui sont carrément déprimés. »*

Il y a aussi eu pour un addictologue somaticien (E15) une réticence d'introduction du traitement tant qu'un trouble addictologique n'était pas « réduit » ou « enrayé ».

*E15 « J'ai plutôt tendance à vouloir réduire ou enrayer l'addiction avant de traiter d'abord le TDAH. »*

Il n'a pas été précisé ici si cette restriction d'introduction concernait les effets du méthylphénidate sur le trouble addictologique ou si elle concernait une réserve sur la nécessité de traitement pharmacologique avant réévaluation à distance d'une amélioration sur le plan addictologique.

La citation E17 pourrait elle suggérer de reconsidérer une cinétique de traitement par étape, selon que ce soit possible ou pas, mais aussi d'intégrer le TDAH comme vulnérabilité neurodéveloppementale faisant le lit de comorbidités.

*E17 « Je pense qu'il faut traiter chaque chose peut-être séparément et voir ce qui est secondaire au TDAH. »*

Le participant 7, addictologue somaticien, rapportait lui, via la réticence de son collègue psychiatre, la difficulté d'ajouter le méthylphénidate chez des patients comorbides aux nombreux traitements.

*E07 « Il a cité des exemples qu'il aurait lui-même vécu, de gens qui avaient des tonnes de médicaments, la Ritaline en plus, et du coup on ne savait plus trop si c'était la bonne indication ou juste si c'était un pis-aller dans la prescription. »*

La difficulté réside ainsi dans l'évaluation de l'effet de chaque traitement et notamment si le méthylphénidate a été introduit en dernier. En effet si on considère le TDAH comme une vulnérabilité de terrain pour une grande partie des troubles mentaux, il serait plus naturel de chercher à le traiter initialement, si la clinique le permet. Deuxièmement, si les traitements précédant le méthylphénidate ont été introduits par excès en passant à côté du TDAH, ils font courir le risque de leur potentielle

faible utilité et de leurs effets indésirables. Des effets indésirables psychiques peuvent en outre logiquement aggraver un TDAH : outre la sédation, on peut par exemple citer les troubles cognitifs et la perturbation de l'architecture du sommeil des benzodiazépines, les effets méso-corticaux des antipsychotiques, ou éventuellement un effet d'émoussement affectif connu des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

Enfin, un addictologue psychiatre (E18) a exposé une autre problématique, celle d'une décompensation d'une comorbidité psychiatrique stabilisée, ici le trouble bipolaire, alors même qu'il ne s'agit pas d'une contre-indication d'introduction.

*E18 « J'ai suivi un patient bien inséré bipolaire qui a eu le diagnostic de TDAH en plus. [...] J'étais pas emballé mais on a essayé parce qu'il voulait... Et à 25mg il a fait un virage maniaque. [...] Il a été déstabilisé... »*

#### 4. Des difficultés pratiques

##### a. Des consultations diagnostiques longues et répétées

Plusieurs praticiens (E02, E03, E05, E07, E08, E09), dont quatre addictologues et un psychiatre avec une activité en addictologie, ont fait part de la longueur des entretiens ou de la répétition nécessaire des entretiens pour établir un diagnostic de TDAH, notamment quand on les questionnait sur des difficultés ou des freins dans leur pratique.

*E03 « - Quels sont en général selon vous les freins existants pour les praticiens en psychiatrie et en addictologie et comment répondre selon vous à leurs besoins pour étendre et améliorer la prise en charge de ce trouble ?*

*- Le temps à y consacrer peut être. »*

*E05 « - Ca se déroule comment de façon pratique ?*

*- Clairement plusieurs séances. »*

*« Clairement quand je voyais notre psychologue comme elle prenait le temps de faire les diagnostics, les bilans, moi clairement pendant ma consult il faut évoquer comment ça va dans la vie, et le syndrome dépressif, et le produit... »*

Même si on peut imaginer un impact du manque d'aisance sur la longueur ou la répétition des entretiens, le TDAH est un trouble qui s'intègre dans une prise en charge globale et qui nécessite une anamnèse exhaustive et une organisation pré-thérapeutique, autant d'éléments incompressibles. Si l'on ajoute à cela le motif principal de consultation que sont pour les addictologues le ou les troubles addictologiques, on comprend l'importance de cette difficulté pratique pour eux, telle qu'illustrée par les passages ci-dessus.

Trois praticiens (E05, E07, E17), dont deux des précédents (E05, E7), ont souligné la difficulté de la longueur des questionnaires d'aide au diagnostic ou de leur nombre. Le questionnaire DIVA était cité en particulier et était alors donné à remplir en partie au domicile (E05, E17).

*E05 « Souvent la DIVA je la questionne un petit peu mais ils repartent avec le questionnaire et finissent de le remplir à la maison c'est très...c'est carrément pas comme ça qu'il faudrait le faire quoi. Mais bon c'est une manière de gagner du temps, c'est aussi pour avancer parce que sinon faire passer une DIVA, je l'ai déjà fait, mais bon il faut avoir une heure devant soi quoi. »*

La pratique d'autoremplissage par le patient d'un hétéroquestionnaire est ici (E05) reconnue comme non appropriée mais utilisée faute de temps et d'une meilleure alternative jusque-là.

#### b. La contrainte de la prescription sécurisée

La contrainte de la prescription sécurisée du méthylphénidate a été évoquée dans les freins de la prise en charge des patients (E01, E04, E12, E20), notamment par trois libéraux. Toutefois cela n'a pas semblé être une limite majeure. Il est à noter que ces mêmes médecins n'ont pas remis en cause la classification de stupéfiant du méthylphénidate.

*E01 « Il y a quand même des psychiatres libéraux qui n'ont pas d'ordonnancier sécurisé donc qui doivent proposer d'aller voir quelqu'un d'autre. »*

*E04 « Ce sont des ordonnances sécurisée tous les vingt-huit jours. Quand vous êtes tout seul... Enfin j'ai pas de relai, faut pas que le médecin traitant soit en congés. En travaillant seul, c'est de la contrainte. »*

### c. Une AMM limitée

Au moment des entretiens, seule la Ritaline LP bénéficiait d'une AMM d'initiation de traitement du TDAH à l'âge adulte, alors que le méthylphénidate est autorisé dans ses différentes formes en continuation du traitement de l'enfant à l'adulte. Le besoin d'étendre l'AMM à d'autres spécialités de méthylphénidate a été suggéré (E04, E05). En effet, l'essai d'autres formes de méthylphénidate est parfois utile en pratique en termes d'efficacité ou de tolérance.

*E05 « Je me dis si la Ritaline a l'AMM je vois pas pourquoi les autres auraient pas l'AMM quoi. »*

En lien avec cette restriction, le participant 2, psychiatre libéral, a précisé que prescrire hors AMM était une disposition peu confortable en libéral, du point de vue médico-légal.

*E02 « C'est tout de même un peu compliqué de prescrire hors AMM surtout en libéral, les médecins libéraux ne prennent pas de risques médico-légaux, encore moins que les hospitaliers, peur des procès, on est seul [...]. »*

## D. Des représentations en mouvement

Cette quatrième grande partie regroupe toutes les questions et difficultés liées aux représentations du trouble et de son traitement, qu'elles soient pour eux-mêmes ou leurs pairs. Les participants ont ainsi évoqué leur expérience et leurs positions mais également l'idée qu'ils se faisaient de celles de leurs pairs. Une part importante est accordée au méthylphénidate tant ce traitement est objet de jugement et de controverse. Ses aspects négatifs seront traités avant d'aborder ses aspects positifs. Des réticences, préjugés et influences peuvent ainsi concerner différents aspects du TDAH de l'adulte, mais nous verrons aussi ici que les représentations évoluent et que des réticences peuvent parfois être levées, notamment par l'expérience.

### 1. Une réticence conceptuelle

Ce chapitre développe le concept de TDAH de l'adulte comme diagnostic source de réticence, malgré tout évolutive, exprimée directement ou indirectement par les praticiens ou leurs pairs.

#### a. Un diagnostic peu reconnu

Le concept de TDAH fait débat et ceci s'est retrouvé dans les entretiens pour tous les sous-groupes (E03, E04, E06, E07, E10, E12, E15, E16, E18, E19, E20). A la lumière de l'analyse de l'ensemble des entretiens par l'auteur, certaines citations reflètent bien l'idée globale que se faisaient certains participants sur les représentations de leurs pairs, tandis que d'autres passages pourraient clairement sous-estimer un questionnement ou une défiance personnelle plus tranchée concernant le trouble. Une remise en cause conceptuelle a été décrite à plusieurs degrés. Certains (E10, E18, E19, E20) ont été interrogatifs à titre personnel, des participants ont abordé le rejet ou le questionnement du diagnostic par des pairs (E04, E07, E10, E12, E19, E20), et un seul participant, addictologue somaticien, a semblé remettre en cause le diagnostic plus explicitement (E15), argumentant semble-t-il la pluralité de l'individu. Parallèlement, des participants (E06, E19, E20) ont relevé le caractère fonctionnel et inorganique d'un trouble dont la nosographie est sujette à évolution mais aussi à débat.

*E04 « On a l'impression que c'est un trouble qui est vaguement chez l'enfant et encore que hein moi j'entends des collègues qui réfutent même ça hein, qui disent que c'est juste un sale gosse mal élevé quoi, ou un enfant maltraité, ou un enfant psychotique (rires). »*

*E07 « (souffle) Il faut à chaque étape convaincre les thérapeutes quoi hein. J'ai un psychologue qui est prêt à se lancer dans ce dépistage là, mais convaincre le restant de l'équipe ça a été plus compliqué hein. »*

*E15 « Je crois que j'ai pas envie de poser le diagnostic (rires), parce que pour moi le TDAH est un symptôme aussi, plus qu'une pathologie à part entière, et qui s'intègre dans un individu, et dans une histoire aussi. Le TDAH pour moi c'est pas... c'est pas une ma... enfin c'est pas comme une schizophrénie si vous voulez hein heu, on est quand même dans quelque chose de... C'est pathologique si vous voulez et handicapant mais c'est aussi une variation de la norme de l'individu. »*

- E19 « Pour moi c'est un mystère le TDAH, c'est un mystère. C'est-à-dire qu'il y a quand même l'idée que la nosographie en psychiatrie, c'est un peu le charme de notre boulot, elle est fluctuante et elle est basée sur un regard extérieur qui est celui de l'expert on va dire, en fait, c'est un regard extérieur. »
- « [...] Donc d'où vient le TDAH ? Ben ça a souvent été contesté par les psychiatres, c'est polémique, moi j'ai des collègues qui y croient pas. C'est-à-dire qu'on est en termes d'y croire. Et c'est vrai qu'en psychiatrie on a rien qui est fondé sur des examens complémentaires, des supports objectifs, on est sur des hypothèses, je peux jamais prouver à quelqu'un qu'il est schizophrène, et je peux en permanence me planter même chez quelqu'un que je suis depuis vingt ans. »
- E20 « J'ai fini par repérer moi ceux qui pouvaient correspondre. Mais tout en me disant parfois est-ce que ça existe bien vraiment. Je pense que d'autres confrères se posent la même question. C'est comme toute la nosographie en psychiatrie enfin (appuyé), on peut remettre en question plein d'autres choses en psychiatrie, c'est du fonctionnel et pas du lésionnel ».

#### b. La réticence d'une ancienne génération

Dans la continuité d'un diagnostic remis en question, plusieurs psychiatres (E01, E02, E05, E06, E13, E17) ont mis en avant la difficulté conceptuelle spécifiquement pour les anciennes générations de psychiatres, pour des causes de nouveauté face à l'ancienneté d'une pratique ancrée, de paradigme théorique et clinique, ou de défaut de sensibilisation.

- E02 « C'est que c'est très jeune et très récent et beaucoup de psychiatres ont fait leurs études il y a longtemps et pour qui ce n'est pas du tout une évidence, d'autant plus que c'est un diagnostic qui est complètement clinique... donc (silence et rire), bonne chance pour convaincre ceux-là. Beaucoup de psychiatres découvrent ce truc et c'est quand même très perturbant. Quand on est un psychiatre de cinquante ans qui fait de la psychiatrie depuis vingt ans, de se dire c'est quoi ce truc ça sort d'où... »
- « Quand on est un psychiatre libéral on a appris des choses, on se tire dans la nature et pendant vingt ans on fait ce qu'on sait faire. Et s'il y a un nouveau diagnostic, une nouvelle pathologie, qui en plus mime des choses qu'on connaît déjà et qu'on mettait dans d'autres cases (silence)... il faut vraiment convaincre hein (appuyé). »

E05 « Clairement je pense que maintenant vous prenez un psy libéral proche de la retraite, à mon avis heu vous allez ... à mon avis vous aurez un peu deux générations qui vont s'affronter, enfin..., une qui n'aura pas été sensibilisée et une autre qui aura été sensibilisée. »

E06 « Les vieux psychiatres diraient que c'est de la psychiatrie de mauvais psychiatre, basique sans intérêt et sans clinique subtile. Ils disaient déjà ça pour les borderlines. »

La réticence des psychiatres d'une ancienne génération semble inéluctable pour certains, et ce d'autant que le TDAH de l'adulte « mime des choses qu'on connaît déjà et qu'on mettait dans d'autres cases » (E02). Néanmoins on peut remarquer que le participant 6 s'exprimait au passé pour le trouble borderline. Est-ce donc un jugement transitoirement ancré dans les esprits d'anciennes générations ?

### c. La réticence des psychanalystes

L'évolution des courants psychiatriques en France a vu la psychanalyse avoir une place importante. Dans la continuité de la réticence au diagnostic, trois psychiatres (E01, E17, E20) ont cité la psychanalyse ou l'orientation analytique comme une limite ou un frein conceptuel à la prise en charge du TDAH de l'adulte.

E01 « Je pense aussi que les psychanalystes ne sont pas forcément enjoués à l'idée de définir le TDAH comme une pathologie. On est quand même dans une région où la psychanalyse est bien implantée et j'en pense pas du tout de mal mais on est dans un paradigme différent. »

E20 « - Moi j'ai des confrères et consœurs qui sont pas du tout heu open on va dire (rires), pour qui c'est pas crédible on va dire, [...]. Dans mon cercle professionnel de collègues que je vois souvent heu, je pense être une des seuls à prescrire ou à avoir initié quelques suivis.  
- C'est dû à quoi tout ça d'après vous ?  
- Ah ben ça c'est les approches plutôt psychanalytiques un peu trop prégnantes de certains je pense voilà (appuyé). Enfin trop (appuyé) (hésitation), on travaille chacun avec sa pratique. »

La question est de savoir si ce frein conceptuel qui rendrait le TDAH de l'adulte « pas crédible » (E20) pourrait ou non être dépassé par une prise en charge empirique. En effet, la pierre angulaire du traitement est médicamenteuse à ce jour, par le méthylphénidate. Sans reconnaître le concept

théorique, serait-t-il possible de prescrire et constater une amélioration clinique d'un patient présentant des symptômes source de souffrance ? Nous verrons plus loin que l'empirisme ou les preuves par la pratique ont été abordés par les participants.

#### d. Une représentation d'un trouble de l'enfant

Quelques participants (E09, E12, E18, E19) ont évoqué pour eux ou leurs pairs le TDAH comme trouble de l'enfant avant tout, que ce soit dans l'enseignement, par l'image de l'hyperactivité ou encore par une association à un retentissement scolaire qui serait la focalisation de la prise en charge.

*E09 « Les collègues que je côtoie sont plutôt restés sur le TDAH de l'enfant. On reste sur les a priori de l'hyperactivité à l'école. »*

*E12 « Ce qui me pose vraiment souci c'est que dans le cursus médical on nous apprendait que c'est à diagnostiquer chez l'enfant, et pouvoir le prescrire chez l'adulte c'était d'abord avec le diagnostic chez l'enfant et du coup c'est vrai qu'on a pas l'habitude de prescrire spontanément chez l'adulte. [...] Donc du coup c'est vrai que quand je vois un adulte c'est pas forcément la première question que je me poserais. »*

*E18 « - Avez-vous déjà eu des expériences positives liées au traitement ?  
- (Rires) Oui (rires) chez les enfants. Là un gamin au bord de l'exclusion qui sautait partout, et sous Ritaline ça l'a vraiment posé, il pouvait s'asseoir, attendre que l'autre parle, et ça lui a permis de retourner en famille, de reprendre sa scolarité. C'était vraiment positif. Mais je suis plus dubitative pour les adultes. »*

*« - Mais alors quelle population pourrait bénéficier du traitement ?*

*- Quand il y a vraiment des troubles scolaires, des difficultés scolaires invalidantes, heu voilà, des gros troubles de la concentration mettant en péril la scolarité... ».*

#### e. Une réticence qui peut évoluer

La réticence conceptuelle du diagnostic a aussi été évoquée dans son évolution temporelle (E01, E05, E13, E20), soit pour eux soit pour leurs pairs.

E01 « J'étais relativement réticent, de par ma formation, à poser le diagnostic. C'est une vision qui a évolué chez moi. »

E05 « - Donc c'est en train de prendre sa place en tout cas.  
- Légitime ?  
- Ah oui, il n'y a plus de doute pour moi que c'est légitime d'évoquer ça. »

Cette réticence et ce doute concernant le TDAH de l'adulte ont donc pu être dépassés pour certains. Et comme l'exprimait le participant 5 en disant que la prise en charge du TDAH de l'adulte est « *en train de prendre sa place* », c'est un processus vraisemblablement toujours en cours. Cette réticence a d'ailleurs été aussi évoquée comme pouvant être l'objet de changements encore possibles (E16, E18), notamment grâce à une ouverture d'esprit.

E16 « - Selon vous qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer et étendre en général la prise en charge du trouble ?  
- Déjà accepter de recevoir des patients TDAH pour voir ce que c'est. Et de ne pas se fermer quand on voit quelqu'un qui se dit TDAH parce ça aussi parfois ça confirme les préjugés. »

E18 « Je ne suis pas fermée, j'ai actuellement cette vision là sur le TDAH, je ne pense pas que je vais virer complètement, parce que je trouve dangereux de... j'aime pas cette pression là sur la prescription, mais je suis pas fermée. Vraiment c'est quelque chose qui m'interroge. »

Le besoin d'ouverture d'esprit à la lueur des préconceptions interroge ainsi la place des biais cognitifs et notamment du biais de confirmation dans le quotidien d'un médecin.

## 2. Des influences externes

Dans un processus fait de représentations influençant la prise en charge du TDAH de l'adulte, trois notions pouvant être considérées comme des influences externes ont été exprimées et interprétées comme ceci : une image de phénomène de mode, une impression de lobbying, et une expérience du TDAH dans la vie privée.

### a. L'image du phénomène de mode

Plusieurs praticiens de tous les sous-groupes (E03, E05, E06, E07, E08, E10, E13, E16, E18, E20) ont évoqué le TDAH comme un phénomène de mode autant pour le grand public que pour les professionnels de santé. Cette image d'une mode a pu avoir pour certains une influence négative sur les représentations et préconceptions du trouble et de sa prise en charge.

- E05 « Je ne pense pas être pris par l'effet de mode ou un truc comme ça... Enfin peut être que tout le monde dit ça et qu'en fait on est tous pris par un effet de mode (rires)... »
- E06 « Il faut faire attention quand on a une forme de courant comme ça, quand les professionnels de santé et de patients qui sont abreuvés d'information sur le méthylphénidate, forum, blog, quand ça devient la panacée un peu rapidement. »
- « Il y a aussi une part sociétale à toute cette évolution, une forme d'addiction, d'excitation, d'émulsion, de mouvement [...]. »
- E08 « [...] Après faut dire que c'est à la mode aussi. Comme pour la mode des Asperger. Avec plein de faux positifs. »
- E16 « [...] Ben en fait, il y a eu une petite évolution parce que je suis quand même parti en me disant que c'était qu'un phénomène de mode, que après le trouble bipolaire, c'était maintenant le TDAH, après le sur-dia... enfin bref. »
- « - Tout à l'heure vous parliez d'effet de mode, vous pensez toujours qu'il y a un effet de mode ?
- Oui. Moi quand j'étais interne c'était la mode des bipolaires, beaucoup de personnes venaient pour ça et maintenant on entend moins parler de ça, je le vois plus trop, mais par contre on vient se présenter comme TDAH.
- C'est aussi une mode des professionnels ?
- Ben en tous cas les patients ils inventent pas les maux tout seuls hein. Mais attention je pense que ça existe le TDAH en fait c'est pas qu'un phénomène de mode. Mais je pense que ça crée aussi un appel où certains se reconnaissent dedans, mais si demain on leur sort un autre truc et ben ça sera l'autre truc dans lequel ils se reconnaîtront donc il faut quand même être prudent. »

Ainsi, implicitement un regard critique sur un phénomène de mode implique la possibilité d'une compensation d'une mode par une réticence ou une méfiance à la prise en charge diagnostique ou thérapeutique. Par ailleurs, cet effet de mode est corrélé à une demande des patients jusqu'à

l'autodiagnostic comme déjà développé, ce qui pourrait rendre une relation médecin-malade d'autant plus asymétrique et donc source de réticence. Pour autant, une mode est temporaire, donc par définition quelque chose de la prise en charge actuelle du TDAH de l'adulte est vu comme collectif et temporaire. N'est-ce pas lié à la reconnaissance récente en France d'un trouble prévalent ? Malgré tout cela n'empêcherait pas une mode. Pour minimiser un biais de jugement, il serait alors intéressant de connaître la distinction entre ce qui relèverait de la mode ou pas, de la différencier le cas échéant du besoin de prise en charge qui lui est important de manière claire.

#### b. Une impression de lobbying

Deux participants, psychiatre (E13) et addictologue psychiatre (E18) ont évoqué une autre influence, l'impression de lobbying et de pression de prescription. La considération d'une pression de prescription était en lien avec l'industrie pharmaceutique (E13), ou décrite comme contre-productive (E18), mais elle semblait dans tous les cas impliquer naturellement un questionnement plus global sur le TDAH de l'adulte.

*E13 « Il y a aussi ce débat en psychiatrie en lien avec l'industrie pharmaceutique, plus on porte facilement le diagnostic, plus on va prescrire ci et ça. [...] Donc en psychiatrie ça va pas de soi, de dire qu'on porte un nouveau diagnostic, on suspecte fortement un diagnostic, ça tombe bien on a une molécule qui marche bien, voilà. On est tellement parasité par tous ces débats avec les labos, ça rentre en jeu aussi. »*

*E18 « J'ai été dans différents congrès, alors déjà je trouve que ça prend beaucoup de place dans les congrès, ça me gêne aussi. [...] Moi j'ai l'impression qu'il y a quand même un lobbying, une pression, pour qu'on prescrive, ça ça me gêne. Ça me gêne, de pousser à la prescription etc. »*

*« [...] ce mouvement-là moi m'inquiète (rires), voilà. C'est contre-productif, chez moi. »*

#### c. Une expérience dans la vie privée

Des praticiens (E09, E15, E18) ont décrit une expérience de TDAH dans la vie privée, concernant des proches. Les commentaires qui en découlaient ou l'illustration qu'ils représentaient

laissent interpréter une influence hétérogène de ces expériences dans leur conception du TDAH de l'adulte ou de sa prise en charge.

*E09 « C'est un peu particulier, parce que j'ai une expérience personnelle [...]. »*

*« Quand on connaît une personne qui a un TDAH on arrive plus facilement à le repérer, c'est du concret. »*

*E18 « [...] Parce que je pense que des TDAH j'en ai dans mon entourage personnel, qui ont très bien réussi, sans Ritaline. »*

Alors que pour le premier praticien (E09) la sensibilisation et le repérage ont semblé facilités, le deuxième (E18) a pu forger en partie son opinion par l'image de situations favorables décrites comme un TDAH sans nécessité de traitement médicamenteux. Ceci pose la question, développée ci-après, de la place du retentissement symptomatique du TDAH dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

### **3. Entre trouble et traits, où placer le curseur**

Ce chapitre aborde le jugement clinique par le prisme d'un « curseur » diagnostique et forme une réflexion depuis le constat d'un sous-diagnostic jusqu'à une éventuelle minimisation du trouble, en passant par la crainte de sa surmédicalisation. Nous verrons dans ces thèmes intriqués que le traitement par méthylphénidate, le niveau de retentissement symptomatique, et la distinction entre trouble et traits symptomatiques sont au cœur de l'analyse du jugement clinique.

#### a. Le constat du sous-diagnostic

Une notion de sous-diagnostic a été identifiée, soit explicitement soit implicitement, pour les participants eux-mêmes ou d'une manière générale, par différents praticiens (E03, E05, E07, E10, E13, E14, E18, E19) des différents sous-groupes sauf celui des psychiatres libéraux.

- E03 « *On sous-diagnostique en addictologie le TDAH à cause des comorbidités associées, troubles addictologiques, troubles anxieux, troubles bipolaires et dépression. »*
- E18 « *[...] je pense que c'est sous-diagnostiqué (appuyé). »*  
 « *Je fais le diagnostic mais je pense que je passe à côté de certains. Quand c'est super évident je le vois, mais j'ai pas une finesse heu... Je le repère quand c'est flagrant. »*
- E19 « *- Quelle est votre expérience de dépistage dans le suivi ?*  
*- A chaque fois je voyais pas venir le truc.»*  
 « *C'est vraiment une problématique et moi je pense qu'effectivement ça risque d'être sous-évalué, les besoins, parce que c'est pas très typique finalement. »*

Plusieurs notions développées dans d'autres parties sont énoncées ici comme raisons d'un sous-diagnostic. On peut citer les comorbidités et notamment leur nombre en addictologie, la difficulté de l'évaluation clinique pour des symptômes aspécifiques, les problèmes de repérage clinique en lien avec la sensibilisation.

#### b. Une peur de surdiagnostic...

En contraste de la partie précédente, certains psychiatres (E01, E04, E08, E13, E20) ont suggéré une peur de surdiagnostic du TDAH de l'adulte.

- E01 « *Pour moi le souci principal est que le diagnostic pourrait être très facile. [...] J'ai un petit peu peur du diagnostic en excès. »*
- E04 « *[...] Pas prête à voir des gens qui viennent pour ça spécifiquement, parce que du coup je pense qu'il y a peut-être un biais de sélection. J'aurais peur de dire à tout le monde oui alors qu'il y a pas. »*
- E20 « *[...] mais heu est-ce qu'on risque pas d'avoir quand même une vaste extension de ce diagnostic qui est peut-être enfin je sais pas, je pose la question, je sais pas. »*

Il y a trois psychiatres libéraux parmi ces participants alors qu'il n'y en a aucun pour le sous-diagnostic. On ne peut pas en faire d'interprétation quantitative, mais on peut évoquer sur ce point deux idées. Premièrement les psychiatres libéraux sont plus souvent en première ligne lorsqu'il y a une demande du patient, ce qui pourrait pousser à la vigilance diagnostique liée au surdiagnostic.

Deuxièmement, ils ne travaillent pas directement en équipe contrairement aux autres, donc ils pourraient être plus sujets au biais de confirmation par leur exercice plus solitaire, percevant possiblement moins la problématique d'un sous-diagnostic.

c. ...très sous-tendue par une peur de surprescription...

La peur du surdiagnostic semblait très sous-tendue par une peur de surprescription médicamenteuse du méthylphénidate, d'abord parce que plusieurs praticiens ont évoqué celle-ci de manière directe ou indirecte (E01, E03, E04, E05, E06, E13), mais également parce que parmi eux certains psychiatres (E01, E04, E13) ont en plus aussi suggéré spécifiquement la peur du surdiagnostic dans la partie précédente.

E04 « *Est-ce que je me fourvoie pas, est-ce que, parce que j'ai fait la formation, j'en vois pas trop, et est-ce que je ne (latence) surtraite pas des patients qui n'auraient pas besoin de traitement.* »

E06 A propos du traitement par méthylphénidate :

« *C'est très répandu, des patients m'ont dit que j'en aurais aussi besoin. Je ne sais pas si certains en prennent aussi mais c'est important de ne pas voir qu'avec son filtre personnel.* »

« *Je serais plus d'avis de maintenir les freins pour ne pas en faire quelque chose de trop manu militari et de devenir trop laxiste et insouciant comme on l'a été avec les benzo dans les années quatre-vingt. J'essaie de rester quand même attentif.* »

E13 « *On se dit oui bon le TDAH pourquoi pas... Mais est-ce qu'on va pas faire des diagnostics un peu en excès et puis mettre tout le monde sous Ritaline.* »

d. ...et pour certains une volonté d'éviter une surmédicalisation...

Après avoir abordé une réticence au diagnostic par la peur du surdiagnostic et son lien avec la surprescription, nous pouvons évoquer ici une volonté d'éviter une forme de surmédicalisation du TDAH de l'adulte par certains participants (E06, E11, E12, E15, E18), notamment du fait du traitement par méthylphénidate. Le diagnostic a fait l'objet d'un problème de surmédicalisation par

son rapport à un environnement inadapté qui en serait la source (E06), par son statut restrictif mettant de côté d'autres dimensions de la vie psychique (E11), et par sa possibilité d'iatrogénie (E11).

E06 « Les vieux psychiatres voyaient ça comme une réponse médicamenteuse au problème, une manière de modeler l'homme en fonction des besoins du système et de ne pas lui laisser cette liberté d'être soi. Et je comprends leur point de vue, je comprends ce questionnement sur qui doit s'adapter à qui et à quoi, et est-ce que ce raccourci par le médicament ne court-circuite pas des évolutions plus intimes ? »

E11 « - Il y a une dérive médicalisante dans cette affaire-là chez les enfants pour le TDAH.  
 - Vous pouvez développer ?  
 - L'un ou l'autre notamment voient ça comme un symptôme médical ou un trouble en tant que tel sans s'occuper ni du sens ni de la raison ni d'un ensemble de choses. [...]
 - Pour le TDAH de l'adulte ce sont les mêmes circonstances ?  
 - Oui moi je pense que c'est le même principe un peu général quoi. C'est à la fois nécessaire de faire un diagnostic pour des soins à apporter et des vrais bénéfices à apporter, des propositions d'adaptation, c'est vraiment bien et en même temps il faut toujours avoir aussi la dimension iatrogène que ça peut avoir, par rapport à un diagnostic ou la mise en route d'un traitement. »

Le traitement par méthylphénidate a lui été présenté par certains (E12, E15, E18) comme une thérapeutique préférentiellement de deuxième intention, non systématique, à utiliser avec parcimonie, et à éviter dans certaines situations, notamment lorsque se posaient implicitement des questions sur le retentissement.

E12 A propos du méthylphénidate :

« - Je pense que ça peut être utilisé avec parcimonie chez certains patients qui ont effectivement des troubles TDAH [...].  
 - Pourquoi avec parcimonie le traitement ?  
 - Justement parce qu'il y a plein de gens qui ont un TDAH et pas besoin d'en avoir. »  
 « [...] Pas forcément en mettre à tout le monde, et pas forcément des grosses quantités quoi. »

E15 « Pour moi la première chose à faire c'est quand même de favoriser l'acceptation de la différence par l'individu, et de consolider par un traitement si vraiment c'est trop compliqué et trop débordant plutôt par des approches non médicamenteuses qui peuvent être par plein de biais hein. »

« Mon cousin, ça a été compliqué dans son parcours scolaire, à la maternelle limite les maitresses ne pouvaient pas le garder un an d'affilée c'était juste horrible voilà, mais sinon il fait beaucoup de sport, il boit zéro alcool, il consomme aucun produit... Alors il est hyperactif hein, encore maintenant hein, vous ne pouvez pas le suivre, mais ça se passe plutôt bien en fait hein. »

« Le risque de pathologiser entre guillemets le TDAH, c'est qu'on va avoir des gens qui vont se dire ah je suis TDAH ah j'ai besoin d'un traitement, alors qu'ils n'en ont pas besoin eux-là. C'est pareil avec les addictions, il y a des gens qui viennent me voir en disant je suis addict au sucre, bon ok moi aussi avec le chocolat (rires). »

« Parfois est-ce qu'il faut vraiment déterrer heu... le bazar... C'est une vaste question (rires). Et je pense que parfois il faut pas. Autant parfois je pense qu'il le faut, parce que la personne est en souffrance, autant parfois je pense que ça a tenu comme ça heu, il y a une espèce de couche étanche, je pense qu'il faut pas l'enlever hein (rires). »

« [...] c'est pas forcément quelque chose d'immédiat quoi, je pense que ça doit rester un médicament un peu d'exception à mon sens. »

« Pathologiser » (E15) le TDAH n'est-il pas en fait ici « pathologiser » les symptômes isolés de TDAH au sens de traits symptomatiques plutôt que de trouble ? Il s'agit de la distinction entre trouble et traits qu'apporte la démarche diagnostique du praticien.

E18 « - [...] Parce que je pense que des TDAH j'en ai dans mon entourage personnel, qui ont très bien réussi, sans Ritaline.

- Diagnostiqués?

- Non c'est moi qui les diagnostique... Et qui n'ont pas besoin de Ritaline vous voyez.

- Sans gêne ?

- Ah ben si (appuyé), qui peuvent être gênés dans la vie de tous les jours, mais qui ont appris, et il y a des stratégies adaptatives (appuyé). »

« [...] Donc d'une part je pense que ça a sa place... s'il y a vraiment une gêne importante. Mais pas chez tout le monde... C'est pas parce que tu as un TDAH adulte qu'il faut aller prendre ta Ritaline. »

Le diagnostic est apparu lié à cette question du traitement par sa définition en termes de retentissement symptomatique : les praticiens ont semblé évoquer ici le diagnostic de TDAH de l'adulte en y associant un faible retentissement pour justifier une volonté d'éviter une surmédicalisation par l'utilisation du méthylphénidate. Or, le diagnostic nécessite un retentissement symptomatique suffisant

pour être posé. En pratique, la décision de prescription d'un médicament est prise au cas par cas et donc non automatique, mais ici la question est aussi celle du diagnostic de TDAH de l'adulte : quelle est la place diagnostique d'une entité où le retentissement est insuffisant pour instaurer un traitement médicamenteux qui constitue la pierre angulaire de la prise en charge du TDAH chez l'adulte ? Parallèlement, le médicament chez l'enfant n'est pas recommandé en première intention, mais ça ne remet pas en question la nécessité d'un retentissement pour poser le diagnostic et instaurer le méthylphénidate chez l'enfant. Ainsi dans une démarche de diagnostic ou de traitement, il est important de différencier par l'entretien médical le trouble qu'est le TDAH des traits symptomatiques de l'inattention, de l'hyperactivité ou de l'impulsivité.

e. ...jusqu'à une minimisation du retentissement du TDAH ?

Une conséquence logique de la considération de surmédicalisation et d'une éventuelle mésestime du retentissement dans le diagnostic est le risque d'une minimisation du trouble et de son retentissement comme peuvent l'illustrer certaines citations (E06, E08, E15, E18, E20). Plus spécifiquement, un problème au diagnostic chez un patient « *inséré* » ayant « *réussi* » a été évoqué (E18, E20).

E08 « Dans la consultation de psychiatrie on a beaucoup moins de TDAH. Quand il y a une participation du TDAH elle ne prête pas à conséquence. »

« Souvent ce n'est pas gênant, il n'y a pas de souffrance. Le TDAH ça donne alors un peu d'énergie, ce n'est pas si mal. Dans ce cas, on ne pousse pas plus loin. »

E15 « Il y a des individus qui vont avoir ce TDAH et qui vont réussir à vivre normalement finalement, sans rien, sans problème en fait. »

E18 En parlant d'un patient qui a été traité par méthylphénidate : « Sa première problématique c'est un trouble bipolaire... Il a été déstabilisé... Certes il a peut-être un TDAH il a du mal à tenir devant la télé... Mais... pourquoi proposer un traitement... »

« [...] Mais celui qui est inséré machin ça me rend plus dubitative... Parce que je pense que c'est pas aussi utile pour quelqu'un qui est inséré, c'est quelqu'un qui a quand même déjà réussi, il y a peut-être d'autres moyens de faire que de le mettre sous un traitement. »

L'évolution chronologique du TDAH étant fluctuante et les stratégies d'adaptation au trouble étant fréquentes, il est logique de pouvoir avancer malgré le TDAH, avec un retentissement persistant. En outre, les stratégies d'adaptation et de compensation peuvent être sources d'épuisement.

#### 4. Le méthylphénidate, source de prudence

Le méthylphénidate a été abordé avec réticence par un certain nombre de participants, sous différents angles qui sont développés successivement. L'aspect de stupéfiant est développé plus loin.

##### a. Une réticence et une crainte de la prescription du méthylphénidate

Une réticence ou une crainte de l'initiation du traitement ont été abordées explicitement par un certain nombre de participants (E01, E04, E06, E07, E08, E09, E13, E15, E18) de toutes les sous-catégories.

E01 « [...] la peur de prescrire [...] »

E09 « Notre psychiatre référent n'est pas prêt à faire la prescription. »

E13 « [...] de prescrire comme ça de la Ritaline... Il y a aussi ça hein qui fait que je suis un peu prudent voilà, c'est un traitement quand même à prendre heu... C'est pas léger. »

Nous abordons dans les parties suivantes différents aspects de cette réticence.

##### b. La crainte liée à la sécurité et aux effets cardiovasculaires

Plusieurs participants ont soulevé la problématique de la sécurité du méthylphénidate (E02, E07, E12, E14, E17, E20), et pour cinq d'entre eux en particulier le risque cardiovasculaire et les effets secondaires cardiovasculaires, notamment tensionnels.

E02 « Pour l'anecdote, au début j'ai demandé aux gens d'acheter des bracelets de prise de tension, et de faire des autotests sur les trois premières prises et de me donner les chiffres,...

*j'avais peur de me retrouver avec un AVC... Mais je me détends un peu, je ne demande plus systématiquement. »*

- E12 « - Vous voyez d'autres difficultés liées au traitement ?  
- Des effets secondaires, des contre-indications, au niveau cardiaque. C'est aussi ça... le côté sûr du traitement. »

### c. Un questionnement sur l'effet thérapeutique du méthylphénidate

La prudence liée au traitement a également été abordée par une remise en question de son effet thérapeutique et donc de son rapport bénéfice-risque pour certains (E06, E14, E15, E18, E19). On peut y reconnaître par ce biais une remise en question du diagnostic, ce qui suggère, comme déjà illustré, l'importance des représentations dans les difficultés de la prise en charge.

- E06 « Je ne sais pas alors si c'est l'effet dopant auto stimulant qui joue pour répondre aux exigences de notre société, un gros travail par exemple, plutôt qu'un déficit de l'attention. »
- E14 « On se posait la question est ce qu'il y a un réel bénéfice par rapport au risque. »
- E15 « Mais qui de la poule ou de l'œuf est arrivé en premier hein. Est-ce que par ce traitement ça lui a permis de se dire tiens ça va m'aider, par juste un effet placebo je sais pas (rires), ou vraiment il arrive mieux à se concentrer. »

## **5. Le méthylphénidate, un stupéfiant qui entraîne des réticences**

### a. La peur d'un médicament stupéfiant

Plusieurs participants de toutes les sous-catégories (E01, E12, E15, E18, E19, E20) ont exprimé une crainte ou une difficulté du fait du statut de stupéfiant du méthylphénidate.

- E12 « Prescrire la Ritaline c'est vrai que dans ma tête, dans la tête de plein de gens je pense, c'est aussi un stupéfiant quoi, d'ailleurs c'est pas que dans la tête des gens, et du coup c'est ça qui bloque aussi. »
- « La Ritaline, c'est plus vu comme des amphétamines, comme une drogue en fait, que comme un traitement en fait je pense. »

- E18 En faisant référence à la crise des opioïdes aux Etats-Unis : « *Vu ce qu'il s'est passé aux Etats-Unis ce sera avec modération mais si y'a vraiment un handicap, pourquoi pas.* »
- E20 « *Comme on prescrit un stupéfiant on a quand même l'impression de prescrire une espèce de truc heu complètement fou [...]. Entre le pharmacien qui compte les gélules, enfin la rigueur et tout, on a l'impression quand même de prescrire un... ben c'est un stupéfiant (appuyé) c'est classé dans les stupéfiants.* »

#### b. La peur de la dépendance pharmacologique

Cette crainte liée au statut de stupéfiant est liée en partie à une crainte de dépendance au traitement, qui a été abordée par les participants 6, 12, 13, 16, 17, 18 et 19.

- E06 « *Une pédopsychiatre m'a dit que les enfants qu'elle avait eus sous méthylphénidate, beaucoup n'arrivaient plus à l'arrêter.* »
- E12 « - *C'est pour vous un médicament addictogène ?*  
- *Ca c'est sûr bien sûr.* »
- E17 « *J'imagine que vu que c'est un stimulant ça doit être pas mal euh addictif.* »

#### c. La peur du mésusage et du détournement de substance

La peur du mésusage ou du détournement du méthylphénidate, à visée récréative ou non, a été évoquée par plusieurs participants de toutes les sous-catégories (E01, E05, E06, E10, E12, E17, E18).

- E01 « *J'ai tendance parfois à être méfiant et à me demander si c'est une demande d'amphétamines déguisée.* »
- E05 « *[...] Toujours cette crainte du mésusage, du détournement du produit.* »
- E17 « *[...] Le risque de mésusage aussi. Même si ça reste un stupéfiant je pense qu'il y en a qui en abusent pas mal hein.* »  
  
« *[...] Et associé peut-être à d'autres produits, l'alcool etc. à visée récréative.* »

#### d. La réticence au traitement en addictologie

Plusieurs participants (E05, E12, E15, E18), dont trois addictologues, ont montré leur réticence à la mise en place du méthylphénidate chez les patients suivis en addictologie. Le méthylphénidate étant un dérivé des amphétamines, l'instauration de ce traitement est interprétée par certains comme non appropriée et potentiellement source d'un risque supplémentaire.

E05 « Parfois chez les patients en addicto on a un peu de frein, on se dit oh la la est-ce que vraiment je vais leur mettre un traitement par méthylphénidate ».

E12 « J'avais un patient qui avait des traits TDAH, mais c'était un polytox pur et dur donc c'était impossible, j'en ai parlé à mon chef à l'époque et il me disait que pas la peine, parce que c'était une contre-indication à tout ce qui est traitement par Ritaline, la polytoxicomanie. »

E15 « C'est vrai que je suis très méfiante des amphétamines sur les addicts en fait hein ».

## 6. Le méthylphénidate, un stupéfiant à l'épreuve de la réalité

### a. L'expérience du mésusage et du détournement, évoquée une fois

Malgré les réticences citées en lien avec un médicament stupéfiant, un seul participant, addictologue somaticien (E15), a évoqué dans son suivi des expériences de mésusage et de détournement du méthylphénidate.

E15 « - J'ai notamment une patiente sous méthylphénidate, mais à mon avis plutôt pour se défoncer que pour autre chose hein, et j'en ai quelques-uns comme ça en fait, qui se défoncent avec, qui en font du mésusage.

- Comment ?

- Ben (rires) ils en prennent plein d'un coup, ou ils le sniffent. »

### b. L'épreuve de la réalité d'absence de mésusage

A l'inverse, plusieurs participants de toutes les sous-catégories (E01, E07, E16, E17, E18, E19, E20) ont explicitement évoqué l'absence d'une expérience de mésusage du méthylphénidate dans leur expérience.

- E07 « - Vous avez déjà rencontré un mésusage de méthylphénidate ?  
- Non. On a des tonnes de mésusages mais pour la Ritaline non. »
- E16 « Je pensais au début, et ma cointerne aussi, que la Ritaline ça allait rendre tous les gens addicts, qu'on foutait tout le monde sous Ritaline et qu'ils allaient être tous addicts, que c'était des amphét, enfin... Et je me suis vite aperçu que pas du tout en fait, donc je suis beaucoup moins réticent à les prescrire ».
- E17 « - Même si ça reste un stupéfiant je pense qu'il y en a qui en abusent pas mal hein.  
- Vous en avez déjà eu cette expérience ?  
- Non, Non. »
- E18 « - La Ritaline en fait c'est détourné déjà hein, notamment des pays de l'Est qui se l'injectent. A Paris ça se fait.  
- Et ici ?  
- Pas beaucoup. [...] Nous c'est plutôt cocaïne qui est injectée.  
- Ils vous parlent parfois de Ritaline ?  
- Non la coc' c'est tellement, ils adorent tellement que (rires), non. Le craving est très compliqué. »  
  
« - Vous avez expérimenté le craving sous Ritaline, l'effet addictogène ?  
- Non. Non. »

La citation du participant 16, psychiatre libéral, suggère l'expérience empirique comme déterminant clé de la pratique et des représentations sur le traitement du TDAH.

Il est à noter que parmi ces participants, seul un, addictologue somaticien (E07), n'a pas déclaré d'appréhension vis-à-vis d'une dépendance ou d'un mésusage du méthylphénidate, telle que développée dans les parties précédentes. Les six autres ont exprimé une réticence sur ces thèmes, notamment E01, E17, E18 pour le mésusage. Ce comparatif entre une réticence liée aux représentations sur le méthylphénidate et une expérience pratique, certes faible mais sûre, peut souligner l'importance des préjugés sur ce traitement et la nécessité pour les praticiens de se construire leur expérience pratique du traitement et de son rapport bénéfice-risque.

## 7. Le méthylphénidate, un traitement utile et accessible au praticien

### a. Une efficacité perçue du méthylphénidate sur les symptômes du trouble

Concernant les aspects positifs du traitement, les effets bénéfiques du méthylphénidate sur les symptômes du TDAH ont été explicitement décrits par près de la moitié des participants (E10 à E15, E17 à E20).

- E10 « [...] Ca a l'air de l'améliorer nettement. [...] Ca a l'air assez net quand même par moment. Et puis il le dit. »
- E17 A propos du méthylphénidate, « les retours sur ceux diagnostiqués étaient plutôt bons. »  
« Le patient remarquait des effets bénéfiques. »
- E20 « - [...] et dont vous avez constaté une réponse au traitement ?  
- Je l'ai constatée oui chez certains patients effectivement, qui m'ont dit oui ça m'a changé la vie. »

### b. L'expérience d'une diminution des toxiques chez des patients sous méthylphénidate

Certains participants (E05, E08, E13, E15), de toutes les sous-catégories hormis les psychiatres libéraux, ont aussi observé en pratique un effet secondaire bénéfique du méthylphénidate sur les consommations de toxiques avec soit une diminution soit une abstinence, ce qui conforterait une utilité indirecte en addictologie.

- E05 « [...] Des retours extrêmement positifs voire des gens qui réussissent à arrêter les consommations. Alors, (réflexion) je ne sais pas qui fait quoi, mais j'ai plutôt des retours positifs, de situations ou même le fait de traiter le TDAH, j'ai peut-être pas des retours assez longs, des gens abstinent depuis six mois depuis qu'on les traite aussi pour le TDAH. »
- E08 « J'ai pu constater une baisse des consommations chez les patients addicto. »

### c. La dédramatisation du traitement

Enfin, une forme de dédramatisation de l'utilisation du méthylphénidate a été manifestée par un certain nombre de participants de toutes les sous-catégories (E02, E03, E06, E07, E08, E10, E11, E14, E16, E20), tant du point de vue du maniement que de la tolérance ou du risque de mésusage.

- E02 « Je n'ai pas peur de me tromper parce que ce n'est pas très grave, le méthylphénidate ne va pas leur faire douze AVC voilà, j'ai moins de problème à prescrire le méthylphénidate qu'un neuroleptique ou un antipsychotique à quelqu'un qui ne serait pas psychotique tu vois... »
- E03 « C'est un médicament qui est relativement aisé à mettre en place malgré certaines réticences. »
- « Le méthylphénidate, du point de vue des effets secondaires, est d'utilisation assez simple, il ne faut pas hésiter. »
- E08 « La prescription c'est pas très compliqué. Vous avez un peu d'expérience et ça va. Il y a rien de compliqué, pas de risque énorme. »
- « Il n'y a pas vraiment de danger, le traitement est assez codifié, la méthadone c'est vachement plus dangereux. »
- E10 « Je me disais, mais c'est finalement pas si difficile, c'est pas compliqué en fait, c'est même plus facile que les TSO (rires). »
- E14 « Je me suis dit les pédopsys qui l'utilisent tout le temps sont pas frileux et font ça tout le temps en ambulatoire comme traitement anodin. »
- E16 « Avant que je prescrive le méthylphénidate j'avais l'impression que c'était tout un bin's wouah c'est quoi ce truc mais en fait ça n'a rien de sorcier ce truc en fait, comme dit y'a des patients avec six molécules différentes de traitements forts on sait même plus ce que ça fait exactement, ça pose problème à personne quoi... »

Cette dédramatisation du traitement fait suite pour certains à un changement de point de vue après une formation ou une expérience clinique et contrebalance les conceptions négatives évoquées précédemment, souvent par d'autres praticiens.

## 8. Des preuves par la pratique

Une démonstration empirique de l'intérêt du diagnostic et du traitement par l'expérience a été mise en avant, parfois de manière éloquente, par de nombreux participants (E01, E02, E03, E05, E06, E07, E08, E10, E13, E14, E16, E20). Ces expériences pratiques supportent ainsi pour les participants le rationnel de la prise en charge.

- E02 « Pr Bertschy [...] a dit : testez, vous verrez que ça marche. Et c'est vrai, c'est vrai (appuyé). »
- « On se dit : c'est un névrosé avec trouble de personnalité évitant et qui a développé une phobie sociale et qui en plus est très distrait parce qu'il est très anxieux et on lui met du méthylphénidate et puis ça traite son trouble de personnalité, sa phobie sociale, et le fait qu'il soit distractible... Et bien non, et bien non et ça veut dire que ce diagnostic devient valide au sens où un diagnostic ça sert à dire qu'on a une entité, un syndrome, même si on ne comprend pas comme dans la schizophrénie d'ailleurs comment ça se passe au niveau moléculaire. »
- « Mais avant d'en être convaincu, il faut l'expérimenter soi-même. »
- « Avant d'avoir réussi à faire ça, d'avoir un patient qui vous dit vous avez réussi à changer ma vie avec ce pauvre truc pris deux fois par jour... on a un doute. Et donc comment arriver à convaincre des gens, je pense qu'il faut insister pour que les gens prennent le risque, qu'ils fassent leur expérience ».
- E07 « Il y a comme un panel de gens qui se ressemblent et qui nous posent problème parce que ça a l'air plus compliqué et beaucoup plus instable. Et en cherchant on s'est rendu compte qu'ils avaient vraisemblablement potentiellement un diagnostic de TDAH derrière. »
- E14 A propos d'une situation clinique : « Je connaissais pas le TDAH de l'adulte, mais par élimination j'ai pensé à ça, je voyais pas ce que ça pouvait être d'autre ».
- E16 « Il est vrai que j'ai quand même des patients, et ça c'est vrai, qui sont venus en disant il y a un truc qui se passe, j'ai lu des choses, on m'a dit que, et je me demande si je suis pas TDAH et effectivement, et avec la Ritaline introduite ça allait beaucoup mieux. »

Au-delà du constat en pratique de l'intérêt du méthylphénidate et de son rapport bénéfice-risque favorable, ces passages permettent aussi de mettre en avant une clinique syndromique du TDAH identifiable par empirisme. Ce dernier point représente un argument à la fois pour la justification diagnostique et thérapeutique mais aussi pour un apprentissage par tâtonnement, vraisemblablement accessible et bénéfique même si non suffisant.

## E. Des rôles à définir

Cette dernière grande partie est relative au parcours de soin de la prise en charge du TDAH de l'adulte, d'abord par un constat des difficultés, puis par l'abord des attentes sur les rôles des acteurs du soin et par le besoin d'aide et de réseau.

## 1. Des difficultés dans le parcours de soin

### a. Un accès difficile à la prise en charge

De nombreux participants ont exprimé explicitement les difficultés d'accès des patients à la prise en charge du TDAH de l'adulte, décrite comme insuffisante (E01, E02, E03, E05, E07, E08, E10, E12, E16, E17, E19). Les difficultés les plus énoncées ont été les délais d'attente pour consulter un spécialiste prenant en charge le TDAH de l'adulte, en lien avec leur nombre trop faible, et le délai supplémentaire pour faire un bilan cardiologique pré-thérapeutique. Au niveau organisationnel, il a été énoncé le manque d'organisation de la prise en charge au niveau local et national, en particulier par la faible identification des psychiatres prenant en charge ou diagnostiquant le trouble, et aussi par le recours à une surspécialisation multipliant les intervenants et les délais.

E02 « [...] Les patients venaient pour des diagnostics, ils disaient que pour un collègue les délais étaient trop longs, en 2023, à l'hôpital on renvoie la même chose. »

« Ils vont d'abord voir cette collègue, se font renvoyer en 2023-2024 et viennent, très perdus, me disent qu'ils mettent je ne sais combien de temps à avoir un rendez-vous. »

« En général c'est le psychologue qui leur dit d'aller voir un psychiatre à cause du profil TDAH, et ils ne savent même pas chez quel psychiatre les envoyer. »

« La place actuelle [de la prise en charge] a l'air de dépendre de l'endroit où on est. Un peu embêtant, parce qu'il n'y a rien à Nancy, une seule collègue qui commence à s'y intéresser parce qu'il y a une telle demande. Il y a des endroits où il n'y a aucune formation, et donc on n'en parle pas. Ça pose problème. »

E07 « - Quel est votre regard sur l'état en général de la prise en charge du TDAH de l'adulte par les praticiens en psychiatrie et en addictologie ?

- Elle est totalement insuffisante. »

*« On n'insufflé pas sur le plan régional ou national quelque chose qui permette de prendre en charge. »*

*« Aujourd'hui les gens qui prescrivent il y en a très très peu. Et tous les autres ont le réflexe d'envoyer au spécialiste. On est un petit peu dans une médecine qui fonctionne plus parce que tout devient affaire de spécialiste. Et c'est du temps perdu pour les patients. »*

E16 A propos des patients : *« ça doit être un peu le parcours du combattant pour eux quoi. »*

E17 *« A l'hôpital ça va mais en libéral ça paraît plus compliqué d'envoyer quelqu'un chez le cardio avec six mois d'attente. »*

E19 *« J'ai vu une dame allemande. En Allemagne il y a des centres dédiés, faciles d'accès, et elle était confrontée à ça, à cette carence ici. »*

#### b. Les psychiatres ne sont pas experts du trouble

En corollaire de la partie précédente, plusieurs psychiatres libéraux (E01, E04, E16, E20), publics (E12, E14, E19) et addictologues (E05, E07) ont suggéré, souvent spontanément, qu'eux-mêmes en tant que psychiatres ou que les psychiatres en général n'étaient pas experts du trouble.

E01 *« On est pas expert »*

E04 *« - De mon expérience on ne s'y connaît pas en psychiatrie.*

*- Pas assez ?*

*- Non mais pas du tout hein. Je suis en libéral, sortie d'un parcours hospitalier. Durant mon internat j'ai entendu parler du TDAH chez l'enfant mais jamais chez l'adulte. Après des années de psychiatrie publique et énormément de CMP, aucun de mes collègues ni moi ne nous y connaissions en TDAH de l'adulte. »*

E05 *« Je suis pas experte en TDAH clairement »*

E19 *« J'ai pas de suivi régulier puisque moi je me suis pas heu dit... et j'ai toujours l'idée qu'il faut que ce soit un peu revalidé (appuyé) par ce centre-là. »*

E20 *« Dans mon cercle professionnel de collègues que je vois souvent heu, je pense être une des seuls à prescrire ou à avoir initié quelques suivis. »*

En réalité le terme « expert » devrait représenter le recours de dernière ligne.

c. L'adressage parfois systématique à des experts surchargés

Ainsi, pour un certain nombre de psychiatres, la prise en charge du TDAH de l'adulte a semblé relever d'une surspécialisation et non de la psychiatrie générale. La conséquence semble être une possible délégation de la prise en charge aux experts, comme l'ont suggéré de nombreux praticiens (E01, E02, E06, E07, E08, E10, E12, E13, E14, E15, E17, E19, E20), pour certains de manière systématique, alors que les experts, devenus surchargés, sont normalement présents pour les situations nécessitant un recours particulier.

E02 « [...] C'est ensuite en libéral, que j'ai eu beaucoup beaucoup de demandes de diagnostic de TDAH, je les ai systématiquement redirigés vers le CHU mais au bout d'un moment au CHU ils allaient exploser. »

E07 « Nous jusque-là on fonctionnait en pensant que les experts pouvaient répondre à la demande, et c'est pas du tout le cas. »

« Aujourd'hui les gens qui prescrivent il y en a très très peu. Et tous les autres ont le réflexe d'envoyer au spécialiste. »

E08 « J'initie rarement les traitements. Je préfère confier cela en consultation spécialisée, parce que j'envoyais un peu pour être sûr d'un bon diagnostic et du bon traitement mais maintenant il n'y a plus de disponibilité pour la consultation spécialisée. »

E10 « On va se réunir prochainement pour réfléchir à ce que l'on pourrait mettre en place, comment on pourrait s'organiser sur une éventuelle prescription sans orienter les gens sur Strasbourg, vous voyez parce que ça me paraît complètement délirant les délais d'attente sont beaucoup trop longs. »

« La première chose qui m'avait frappée quand je voyais des gens qui faisaient des expertises en TDAH, je me disais, mais je ne comprends pas ils ne les suivent pas, ils ne font pas la psychothérapie ».

Cette dernière citation (E10) fait relever un inconvénient de l'avis ponctuel systématique qu'est l'absence de suivi spécialisé et de psychothérapie prodigués au patient.

E13 « [...] Souvent on les réoriente. Alors je prescris pas, à ce moment-là je prends pas en charge, moi je... j'attends un diagnostic précis des spécialistes. On les adresse à Strasbourg. »

E17 « Pour confirmer j'avais envoyé au CHU. »

*« Le fait de devoir les adresser au CHU c'était compliqué à cause de délais hyper longs. »*

*E20 « J'ai adressé aux spécialistes pour avoir leur avis, ça s'est souvent confirmé, donc j'ai fini par repérer moi ceux qui pouvaient correspondre. »*

Il faut différencier dans l'analyse le statut des psychiatres (qu'ils soient addictologues ou non) selon qu'ils sont psychiatres libéraux ou publics hospitaliers, sachant qu'en septembre 2021 la prescription initiale du méthylphénidate a été ouverte aux psychiatres de ville. Ainsi, parmi les cinq psychiatres libéraux (E01, E02, E06, E16, E20) ayant évoqué un adressage systématique aux experts, quatre ont modifié cette pratique par au moins une prise en charge initiale depuis l'autorisation de septembre 2021. Cette modification a semblé très largement sous-tendue par la pression de la demande et la difficulté d'accès aux experts. Parmi les six psychiatres publics hospitaliers ici (E08, E12, E13, E14, E17, E19), non concernés par une restriction antérieure de prescription initiale, seul un (E08) a déjà réalisé au moins une prise en charge initiale sans l'adressage aux experts, mais seulement du fait d'une récente surcharge trop importante de ceux-ci. Cette configuration paradoxale suggère que les psychiatres publics sont ici désinvestis de la prise en charge du TDAH de l'adulte alors que la prescription initiale de méthylphénidate reposait jusqu'à récemment sur eux. Elle suggère aussi que l'ouverture de la prescription initiale aux médecins de ville était ici nécessaire mais aussi adaptée, puisque mise en pratique. Il est à noter qu'un facteur de confusion potentiel est représenté par l'AMM de la Ritaline LP obtenue en initiation chez l'adulte également en 2021.

#### d. Des généralistes peu impliqués selon certains praticiens

Certains psychiatres, de toutes les sous-catégories, (E01, E05, E06, E12) ont suggéré que les médecins généralistes étaient peu impliqués dans la prise en charge du TDAH de l'adulte, qu'elle soit diagnostique ou thérapeutique, suggérant pour certains leur absence de compétence au dépistage et à la prise en charge.

*E01 « J'ai jamais eu d'adressage de médecin généraliste. »*

*« On est pas expert et les généralistes encore moins. »*

- E06 « J'ai eu un cas d'un généraliste, qui a préféré ne pas faire le renouvellement et a préféré que ce soit moi. »
- E12 En parlant des généralistes : « [...] s'ils avaient des notions... parce que je pense qu'ils en ont pas du tout en fait ».
- « Je pense qu'ils détectent aucun patient. »

## 2. Des attentes liées aux rôles dans le parcours de soin

### a. Les psychiatres devraient maîtriser le trouble

En contraste avec les difficultés énoncées précédemment, des psychiatres (E01, E02, E08, E11, E13, E17) ont énoncé ou suggéré que la prise en charge du TDAH de l'adulte relevait de la psychiatrie générale ou ambulatoire et donc qu'elle devrait faire partie de la pratique du psychiatre.

- E01 « Je pense que c'est une pathologie qui existe et qu'on devrait savoir diagnostiquer aisément quand on est psychiatre et traiter aisément. »
- E02 « A un moment donné, il faut que les psychiatres prennent le risque... »
- E11 « L'activité psychiatrique, et du coup aussi pour ce genre de troubles qui n'a pas lieu d'être hospitalier finalement, se repose beaucoup sur la médecine de ville. »
- « En tous cas pour ceux pour lesquels on a besoin de faire un diagnostic, on est dans le champ de la psychiatrie, il faut défendre l'idée d'une psychiatrie générale. »
- « Les centres experts c'est à mon avis une fausse bonne idée. Enfin... Ce qui est la fausse bonne idée c'est le centralisme, l'hospitalocentrisme, cette idée de l'expert. A quelle place il faut des experts, voilà. »

### b. La possibilité pour certains d'augmenter l'activité spécifique liée au trouble

Pour comprendre les déterminants d'une prise en charge plus répandue et sonder les participants sur les possibilités d'augmenter ou non leur activité liée au TDAH de l'adulte, la question suivante a été posée : « Qu'est ce qui pourrait vous faire augmenter ou non votre intérêt et votre

*activité dans le TDAH de l'adulte ?* ». Concernant l'activité, certains psychiatres (E02, E03, E04, E12) ont évoqué la possibilité d'augmenter l'activité spécifique liée au trouble, sans faire uniquement cela, mais pas sans appréhension ou limite notamment liées à une surcharge potentielle.

E02 « *Je suis ok de prendre toute ma part et pour en voir même plusieurs par jours parce que c'est une pathologie importante, fréquente, invalidante et qui se soigne très bien.* »

Cette citation précédente est nuancée par les suivantes du même auteur, qui évoque le besoin important de réseau, développé plus loin.

E02 « *J'ai une petite peur d'être envahi de TDAH, j'en vois de plus en plus.* »

« *C'est ma peur, qu'on ne soit pas assez nombreux au niveau libéral.* »

« *Ce qui va se passer clairement, si je suis submergé de TDAH à tel point que je ne fasse plus que ça, je laisserai tomber. Je ne veux pas écopier parce que les autres libéraux n'en font pas ou parce que l'hôpital public n'a plus les moyens de suivre.* »

E04 « - *C'est une envie que vous auriez de « flécher » peut être à terme ?*

- *Pourquoi pas. J'y ai pensé mais je l'ai pas fait. Peut-être dans quelques mois ou x temps je le ferai mais pour le moment (latence), en tous cas pour le moment je ne me sens pas prête.* »

E12 « - *Ca veut dire que vous seriez prêt à augmenter votre activité ?*

- *Oui, même devenir un expert de mon côté (rires), pourquoi pas.*

- *Et une consultation dédiée, une activité spécifique ?*

- *En fait ça me dérange pas spécialement si jamais j'ai d'autres patients aussi (rires) ».*

### c. Le souhait pour certains de ne pas augmenter l'activité spécifique liée au trouble

La possibilité prudente d'augmenter l'activité liée au TDAH de l'adulte est largement contrebalancée par le souhait de ne pas avoir plus d'activité spécifique pour de nombreux praticiens (E01, E05, E06, E07, E08, E11, E16, E18, E20), à différents degrés, notamment pour des questions de temps, de charge et d'intérêt.

E06 « *Je reste ouvert à voir les patients du secteur, mais je ne voudrais pas voir augmenter le fléchage vers mon cabinet parce que je ne veux pas devenir spécialiste TDAH et voir que ça ».*

- E08 « [...] sans consultation fléchée parce que je n'ai pas le temps. »
- E11 « Je m'occupe de beaucoup de choses en même temps donc j'ai pas de volonté de développer une spécialisation supplémentaire. »
- E16 « Quand je vois les praticiens fléchés TDAH qui croulent sous les demandes... ça ça me fait peur parce que faire ça toute la journée il en est hors de question quoi. Parce que quand on voit le profil de certains honnêtement... »
- E18 « A un moment, je sais pas pourquoi, il y avait mon nom qui circulait, j'ai dit non non. »

#### d. Le besoin d'implication du médecin traitant

Des praticiens de toutes les sous-catégories (E03, E07, E11, E12, E19) ont soulevé le besoin de l'implication du médecin traitant pour le dépistage et le suivi, par une sensibilisation et une formation de ceux-ci, ainsi qu'une meilleure communication entre généralistes et psychiatres.

- E07 « Les CSAPA sont des leviers pour faire bouger les lignes, ont une certaine expertise, et ont vocation à aller vers les généralistes, parce qu'on va déjà chez les généralistes pour d'autres raisons [...] Puisqu'on les voit assez régulièrement, on pourrait aussi à ce moment-là les sensibiliser au TDAH. »
- E11 « On pourrait imaginer, c'est indispensable à mon avis, que les médecins généralistes soient quand même sensibilisés, formés quoi, à connaître les symptômes et après à orienter pour confirmer etc. et puis mise en route d'un traitement si besoin etc. »
- « S'il y a question d'un traitement à mettre en route, d'un travail, d'un aménagement de poste, de prise en compte de la famille, le médecin de famille peut être bien placé aussi. »
- E19 « - Quelles sont les éventuelles difficultés que vous entrevoyez dans la pratique liée au TDAH de l'adulte ?  
- Moi j'en vois pas si on a une bonne qualité de communication entre les généralistes et les psys, ce qui se perd parce qu'on est surbooké. »

Le médecin traitant apparaît ainsi comme un expert du patient dans son environnement et son histoire, et un acteur accessible à une sensibilisation ou un soutien par les CSAPA.

### **3. Un besoin de réseau et d'aide**

### a. Le besoin d'un réseau d'experts

Le besoin d'un réseau d'experts a été suggéré par une douzaine de participants de toutes les sous-catégories (E02, E03, E05, E06, E07, E09, E11, E12, E14, E15, E19, E20). Des besoins plus spécifiques ont été un accès plus facile aux experts, pouvant passer par des consultations de recours ou des avis par mail ou téléphone, et un accès plus codifié dont les indications de recours sont clarifiées.

- E02 « *Je n'arrive pas à savoir ce que je dois gérer moi et à partir de quel moment je dois envoyer par exemple en psychiatrie deux* »  
 « *J'aimerais un circuit qui soit extrêmement clair.* »  
 « *[...] Il faut un réseau d'experts derrière.* »
- E03 « *[...] La filière spécialisée, avoir quelque chose de plus développé au niveau universitaire, des consultations de recours.* »  
 « *Construire un réseau spécialisé autour du TDAH, ça semble vraiment nécessaire.* »
- E09 « *Pour les patients les plus compliqués je voudrais adresser à un expert, sinon pouvoir avoir un appel ou un mail.* »
- E12 « *Il faudrait que la situation de désengorge [...] comme ça on pourrait avoir des échanges plus faciles avec les experts.* »
- E15 « *Qu'on ait accès encore plus facilement quand même aux experts.* »

Il a été pris en compte ici l'engorgement (E12) de la filière universitaire d'experts. Cette organisation d'une filière de recours semble donc indissociable de l'organisation de l'ensemble du parcours de soin.

### b. Un besoin de pluridisciplinarité supplémentaire et d'aide en addictologie

Comme développé précédemment, les addictologues bénéficient souvent d'une pluridisciplinarité et d'une collégialité pouvant être mise à profit dans la prise en charge du TDAH de l'adulte. Néanmoins, plusieurs praticiens exerçant en addictologie (E05, E07, E08, E09, E10) ont mis en avant un besoin de collégialité ou de pluridisciplinarité directement adaptée au TDAH de l'adulte. Ceci a surtout été le cas pour les addictologues non psychiatres (E07, E09, E10), sous la forme d'un

soutien, notamment par la présence d'un psychiatre prenant en charge le trouble. Ce dernier point a été décrit comme compliqué à obtenir.

E05 « Dans l'idéal, on aimerait (appuyé) avoir une collégialité. En général clairement c'est seul quoi. »

« Là j'ai du mal par exemple à parler pour un addicto qui serait pas psychiatre et seul en consult au CSAPA par exemple [...] Je me dis peut-être eux ils auraient besoins oui c'est ça soit de psychologues référents soit de ressources comme ça, de référence, peut-être quoi, voilà. »

E07 « Souvent dans les équipes le problème c'est qu'il y a pas forcément de psychiatre qui s'en occuperait plus facilement. »

E10 « On pourrait nous encore étendre à un moment donné la pluridisciplinarité pour favoriser, pour développer, tout ce qui est non pharmacologique ».

« C'est pas forcément toujours évident [...] Je pense qu'on aura vraiment besoin d'en discuter en équipe pluridisciplinaire. »

« Je pense quand même, même si les addictologues pouvaient prescrire à un moment donné, dans certaines situations très complexes quand même on se pose beaucoup de question aussi au niveau du diagnostic. Il me semble que ce serait important le pluridisciplinaire avec la psychiatrie. »

La prescription initiale de méthylphénidate n'est pour l'instant pas ouverte aux addictologues non psychiatres mais ceux-ci peuvent être amenés à effectuer un diagnostic ou un suivi et ont le besoin d'adresser leurs patients à des psychiatres qu'ils auront identifiés.

### c. Le besoin d'un réseau et de réunions de pairs

Les besoins d'avoir un réseau de pairs et surtout des retours d'expérience via notamment des réunions entre pairs ont été évoqués par huit praticiens (E01, E02, E04, E06, E07, E11, E16, E18) dont deux addictologues et six libéraux, vraisemblablement plus isolés pour cette dernière catégorie.

E01 « Je trouve pas mal qu'on puisse avoir quelques réunions de pairs pour échanger sur les pratiques et les questions qu'on peut se poser. C'est une bonne formule. Je me sentirais plus à l'aise. »

- E02 « - *Qu'est ce qui pourrait vous faire augmenter ou non votre intérêt et votre activité dans le TDAH de l'adulte ?*  
 - *Le fait d'être dans un réseau. »*
- « *J'espère très vivement qu'un réseau puisse se mettre en place et qu'on soit au moins cinq ou six au niveau libéral parce que je ne pourrai pas suivre les TDAH de toute la ville. »*
- « *J'aimerais aussi un répertoire à jour des hospitaliers et des libéraux susceptibles de prendre en charge dans le Grand Est. Le tout minimum quand on reçoit un patient, si jamais on ne peut pas l'aider c'est de pouvoir lui dire où aller. »*
- E06 « *[...] Le besoin de rencontrer des groupes de pairs »*
- E07 « *Moi je pense qu'on devrait à un moment partager un peu les pratiques entre les équipes, comment ils font, ce qu'ils prennent comme tests, puis comment ils avancent ensuite. Ça permettrait vraisemblablement de se rassurer les uns les autres sur ce qui marche ou marche pas. »*
- E18 « *Ben moi, j'aimerais (appuyé) avoir des retours d'expérience d'autres collègues, qui sont aussi modérés. »*

Pour le participant 18, des retours d'expérience de pairs prendraient également la fonction de pouvoir lever des réticences par le partage et l'avis de non experts sur le trouble et son traitement.

#### d. Un besoin de protocoliser la prise en charge

De façon plus pragmatique, une « protocolisation » de la prise en charge a été suggérée par un psychiatre libéral (E02) et deux addictologues somaticiens (E07, E09).

- E02 « *Je cherche juste à être plus efficace sur une consultation plus standardisée. [...] Avoir tout de suite un outil. Le libéral c'est horrible, on peut pas dépasser, on a une demi-heure, il faut que tout aille très vite (courrier, facturer...), il faut que ça roule. »*
- « *Une première consultation TDAH devrait être un entretien, avec un interrogatoire, une détection des pathologies, des comorbidités et après ils repartent immédiatement, parce qu'ils sont tous dans l'urgence, avec un courrier pour le cardio et quelques échelles d'autoévaluations. Ce serait l'idéal pour moi. »*

E07 « La difficulté dans une équipe, que tout le monde puisse se ranger derrière un processus, pour qu'on puisse être un peu objectif dans ce qu'on fait, et pas simplement une impression clinique mais vraiment un dossier qui puisse étayer quelque chose de comparable. »

E09 « Si on pouvait se réunir avec les psychiatres et créer un protocole, de la suspicion, du dépistage au suivi. Si c'était protocolisé, ce serait plus simple et plus sûr. »

« Dès la suspicion quelle est la conduite à tenir : je contacte le psychiatre ? Je contacte le neuropsychologue ? Est-ce que je fais les questionnaires ? Et ensuite dans quel ordre ? Pour le traitement je démarre avec quelle dose ? Et en cas de difficulté vers qui je m'oriente ? Pour le suivi comment ça se ferait ? Parce que on ne peut pas faire l'initiation mais on peut suivre les patients. »

Ces témoignages sont ainsi motivés par un souci d'efficacité mais également, notamment pour les addictologues non psychiatres, par un souci de sécurité de prise en charge et de conduite à tenir pour la prescription initiale.

#### **4. La possibilité de la prescription initiale du méthylphénidate à définir**

Cette dernière partie aborde la prescription initiale du méthylphénidate, et implicitement les renouvellements annuels, par les réponses des participants aux questions suivantes du guide d'entretien :

« Que pensez-vous de la réglementation actuelle de prescription du méthylphénidate ?

Relance 1: Que pensez-vous de la limitation de la prescription initiale aux psychiatres, neurologues et pédiatres ?

Relance 2: Que pensez-vous de la non-inclusion dans les prescripteurs initiaux des addictologues non psychiatres, qui sont souvent confrontés au trouble ? »

Par extension, la question de la prescription initiale implique une réflexion sur la capacité de diagnostic du TDAH de l'adulte puisque ces deux notions sont liées. Les réponses ont conforté l'ouverture de l'initiation en ville réalisée en 2021 et se sont trouvées hétérogènes pour de potentiels changements futurs. Elles ont en effet été réparties entre un cadre restrictif tel qu'actuel et des

propositions d'ouverture aux addictologues voire aux généralistes, et enfin un regard plus réflexif et non binaire.

a. Une réglementation actuelle adéquate

Certains praticiens (E01, E02, E04, E11, E14) dont quatre libéraux ont salué les changements de réglementation récents concernant le méthylphénidate. Seule l'ouverture de prescription initiale aux médecins de ville a été mentionnée spécifiquement.

E04 « Une bonne chose, parce que les services spécialisés hospitaliers sont engorgés, délais d'attente très longs, avec parfois des années d'errance. Pouvoir le prescrire en libéral est un gain de temps. »

E11 « C'est très bien que ce soit plus uniquement une prescription hospitalière. »

E14 « Les changements récents sont bien. »

D'autre part, six praticiens (E11, E12, E13, E14, E15, E17), dont quatre psychiatres publics, se sont positionnés en faveur d'un maintien tel quel de la réglementation d'initiation de prescription de méthylphénidate, sans ouverture supplémentaire à d'autres spécialités.

E12 « - Je pense que c'est bien comme ça, parce que déjà on est pas suffisamment formé en tant que psychiatre alors si on commence à dire à tout le monde de pouvoir prescrire ça va partir en vrille. Il y a plein de médecins généralistes qui n'ont pas de formation et qui vont prescrire ça c'est sûr. Ca va créer des clusters on va dire.

- Et pour les addictologues non psychiatres ?

- Là c'est un peu plus compliqué, heu, (réflexion) bonne question. En fait effectivement il faudrait qu'ils soient psychiatres. »

« C'est normal qu'ils ne puissent pas prescrire je dirais parce que s'ils sont généralistes addictologues, ils n'ont pas de formation. »

E13 « Personnellement je trouve que c'est très bien comme ça hein. [...] Je pense que l'intérêt que ce soit réservé à certaines spécialités, c'est que ce sont des spécialistes qui peuvent, d'après moi, mieux faire aussi le diagnostic différentiel. Parce que c'est ça le plus important. »

*« Il faut que le diagnostic soit porté par quelqu'un formé à ça et formé à éliminer autre chose, sinon c'est la porte ouverte à l'inflation. C'est important parce que la Ritaline c'est un traitement souvent long, à vie, et en psychiatrie c'est toujours pareil, quand on porte une étiquette, ça reste dans les dossiers et on le remet pas forcément en cause. »*

E17 *« Vue la classe médicamenteuse je trouve ça normal qu'il y ait des contrôles importants dessus, que ce soit limité en terme de spécialité ça me choque pas trop non plus finalement. Si l'accès était plus ouvert je pense qu'il y aurait certainement des prescriptions en excès, pas forcément justifiées. Les médecins généralistes déjà que souvent ils se permettent de prescrire des psychotropes et des neuroleptiques de façon souvent inadaptée d'ailleurs, je pense que si on les mettait dans la boucle de la Ritaline ça risquerait de pas être hyper adapté. »*

A propos des addictologues non psychiatres :

*« Ils prescrivent quand même régulièrement des stupéfiants mais je pense qu'avec la Ritaline on n'est pas vraiment dans le même sujet. C'est pas quelque chose qu'on prescrit en substitution d'un produit. C'est vraiment un traitement à part entière. Pour moi c'est vraiment différent, c'est vraiment le psychiatre qui doit gérer ça. »*

Outre l'expertise nécessaire citée par certains et le risque décrit de l'ouverture aux généralistes (E12, E17), les participants 13 et 14, psychiatres publics, ont jugé que le fait d'être psychiatre était indispensable pour porter le diagnostic aussi par l'élimination des diagnostics différentiels. Il a été suggéré par le participant 13 que c'est un diagnostic vie entière donc lourd de responsabilité aussi car *« ça reste dans les dossiers et on le remet pas forcément en cause »*.

#### b. L'ouverture de l'initiation de prescription aux addictologues

En opposition avec la partie précédente, huit praticiens différents des précédents (E03, E06, E07, E08, E09, E10, E18, E19) se sont montrés ouverts à une éventuelle autorisation de prescription initiale pour les addictologues non psychiatres, avec un engagement plus fort exprimé par certains addictologues. Deux des praticiens étaient addictologues psychiatres (E03, E18) et trois étaient addictologues somaticiens (E07, E09, E10). Les arguments avancés ont été la prévalence en addictologie et le besoin de prise en charge non satisfait en premier lieu (E03, E07, E08, E09, E10), mais aussi le travail d'équipe (E06, E07, E09, E10), la compétence accessible aux addictologues (E03,

E08, E18), l'aisance pour la prescription des stupéfiants (E03, E10), et la nécessité de ne pas multiplier les intervenants pour maintenir une alliance (E09).

- E03 « - *Quels éventuels freins liés à la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse avez-vous dans votre pratique ?*  
- *L'accès à la prescription sur le versant addicto. »*
- « *Les addictologues sont quand même assez sensibilisés, ou vont être sensibilisés à la question. Ça faciliterait énormément les choses, et désemboîserait certaines consultations spécialisées où on envoie tous les patients parce qu'on ne sait pas comment faire. Quand on voit la prévalence du TDAH chez les patients consommateurs, clairement ça a tout son sens de pouvoir l'ouvrir aux addictologues qui ont en plus l'habitude des prescriptions de stupéfiants et d'ordonnances sécurisées, et de faire le bilan psychosocial. »*
- E06 « *L'étendre à tous les médecins, comme certains de nos confrères font parfois n'importe quoi, je me pose la question. [...] Pour l'impossibilité de prescriptions des addictologues non psychiatres, c'est idiot, surtout qu'ils sont en CSAPA et que ça se discute à plusieurs, c'est n'importe quoi. »*
- E09 « *Il y a une difficulté particulière en addictologie, c'est la multiplication des intervenants en lien avec la difficulté d'avoir de l'alliance avec le patient. Et multiplier les prescripteurs si on ne peut pas initier le traitement, ça ajoute de la difficulté dans l'alliance avec le patient et le plus grand risque de perte de vue. »*
- « *Si on peut devenir un jour primoprescripteur, alors on assure tout. Je pense qu'on pourrait le faire nous-même, à condition qu'on sache vers qui s'orienter au cas où, avec un protocole. »*
- « *Je trouve que c'est super important pour moi qu'on puisse prescrire, en première intention. Ouvrir aux médecins traitants ça fait peut être beaucoup. Mais nous les addictologues on est très concernés et on n'est pas très nombreux. Donc je ne vois pas en quoi ça gêne d'ouvrir la prescription. En plus on travaille en équipe pluridisciplinaire, je pense que c'est un argument. »*
- E10 « *On a l'habitude du travail pluridisciplinaire pour l'introduction des TSO et je me disais pourquoi on pourrait pas faire la même chose avec le méthylphénidate. Ça serait tellement simple (rires). »*
- « *Pour l'instant on a cette orientation psychiatrique, après si c'est pas obligatoire (rires), si on en discute en équipe je pense pas que ce soit forcément indispensable (intonation) parce qu'en équipe on a les psychologues, les neuropsychologues. Ce n'est peut-être pas forcément*

*indispensable. Pour certaines situations complexes où on se pose des questions je pense qu'on fera quand même appel au psychiatre parce qu'il y a quand même beaucoup de questions qui se soulèvent. »*

*« Ce qui serait pas mal, c'est d'étendre la possibilité de la primo-prescription aux addictologues par exemple, parce que ça simplifierait les choses. »*

E18 Concernant l'exclusion des addictologues non psychiatres de l'initiation :

*« Ah ben ça ça n'a aucun sens. Les addictologues ont une grande expérience et prennent en charge les troubles psychotiques, ceux avec qui je travaille. Ils savent repérer, ils font de la psy hein. »*

### c. L'ouverture de l'initiation de prescription aux généralistes

Toujours en exclusion des praticiens positionnés pour un maintien de la réglementation d'initiation actuelle, des praticiens (E10, E16, E19) ont suggéré une légitimité de prescription initiale aux médecins généralistes. Parmi eux, le participant 10 addictologue somaticien et le participant 19 psychiatre public ont exprimé cela en plus d'une ouverture aux addictologues, tandis que le participant 16 psychiatre libéral a été le seul à évoquer l'ouverture aux généralistes sans aborder la question des addictologues.

E10 *« Je ne comprends pas pourquoi on a tellement réduit la prescription. Encore récemment, on a parlé en équipe, un collègue généraliste me disait, mais tu sais, pour les enfants qu'il voyait sous Ritaline, il disait, c'est les pédiatres qui le prescrivaient et il y avait même pas d'évaluation pluridisciplinaire. Ils étaient pas forcément vus par le pédopsy, donc c'est vrai qu'on peut se poser la question, pourquoi pour les adultes c'est tellement plus compliqué, je suis un peu étonnée. »*

E16 *« S'il n'y avait pas de pénurie de psychiatre, pourquoi pas que ça reste au niveau du spécialiste. Mais enfin en même temps je vois pas pourquoi un médecin généraliste ne pourrait pas diagnostiquer un TDAH et mettre un traitement en place, je comprends pas trop. Il pourrait très bien bénéficier d'une formation de trois jours sur le TDAH... Je pense que..., je sais pas. Après ça peut être aussi sur le bon sens, si le médecin traitant voit qu'il y a quelque chose qui ne va pas bien ben il réadresse. Si vous avez un doute sur une pathologie psychiatrique sous-jacente vous ne prescrivez rien vous envoyez d'abord chez le psychiatre. Enfin voilà je pense que le médecin généraliste qui connaît son patient depuis dix*

*ans, qui en plus habituellement connaît quand même l'histoire de la famille, qui est peut-être à même de savoir si le père était TDAH ou la mère ou le petit frère, qui connaît les antécédents de la famille et du patient. Et les généralistes ils sont cortiqués hein, ils sont pas débiles hein. »*

*E19 « Un trouble de l'attention c'est de la médecine générale hein c'est pas de la psychiatrie. Cette restriction je pense qu'elle est idéologique, dans le sens sécuritaire. Vous avez remarqué qu'à chaque fois que des choses font peur, on s'adresse en priorité au psychiatre. Il y a une peur par rapport à ce côté représentation toxicomaniaque du truc, alors qu'il y a moins peur de l'alcool, de l'effet des benzo, donc je pense que c'est idéologique, parce que je vois pas ce que ça a de psychiatrique. »*

Ainsi, les arguments évoqués sont une comparaison aux pédiatres (E10), la compétence et la connaissance du patient et de sa famille par le généraliste (E16), et une restriction idéologique actuelle trop sécuritaire, pour un trouble devant relever de la médecine générale (E19).

#### d. Une question de responsabilité et de compétence plutôt que de réglementation d'initiation

Un regard différent sur la prescription initiale de méthylphénidate a été apporté par des psychiatres (E04, E08, E11, E12, E14), dont certains ont également pris parti au sujet de la réglementation dans les parties précédentes. Sans contredire des choix de réglementation qui apparaissent binaires, ils ont rapproché la prescription initiale de la notion de formation suffisante (E04, E08, E12, E14), de légitimité (E11, E14) et de responsabilité individuelle (E08, E14).

*E04 « Après c'est comme tout, qu'on soit psychiatre ou addictologue ou je ne sais quoi, ça pourrait être sous couvert d'une formation. »*

*« Plutôt que ce soit la spécialité, que ce soit plutôt le fait d'avoir eu une formation. »*

*E08 « Je pense qu'il faut avoir une bonne capacité d'analyse psychiatrique pour faire le diagnostic, ça veut pas dire que quelqu'un en médecine générale qui est formé ne peut pas le faire. Mais quelqu'un qui n'est pas formé à la psychiatrie pourra reconnaître un diagnostic mais pourra difficilement l'identifier par rapport aux diagnostics différentiels. »*

*« La responsabilité de prescription devrait revenir au prescripteur plutôt qu'à la réglementation. »*

- E11 A propos des addictologues somaticiens : « *Sans doute qu'ils pourraient prescrire la Ritaline mais en quoi c'est une addiction* ».
- E14 « *J'ai pas trop d'avis (rires) sur les spécialités concernées... C'est plus une question de compétence. C'est toujours le problème de la formation en fait, s'ils sont formés et sensibilisés, moi je vois pas le problème.* »
- « *On dit que les psychiatres, on est pas formés mais qu'on peut le faire, mais on a pas plus de formation que l'addictologue qui va en voir plus.* »
- « *Est-ce qu'un addictologue peut instaurer un antidépresseur ou un antipsychotique, est ce qu'il le fait en pratique ? Si on l'autorise à le faire pourquoi on l'autoriserait pas pour le TDAH, c'est ça la question. Mais est-ce qu'un addictologue en pratique il instaure l'antipsychotique ou l'antidépresseur ou il adresse au psychiatre pour qu'il puisse le faire ? Pour moi la question est la même.* »
- « *Pour moi c'est pas un problème d'autorisation et la logique devrait pas être celle-ci mais plutôt est-ce qu'ils peuvent ou pas s'autoriser à prescrire pour une pathologie autre* ».

## IV. DISCUSSION

### A. Synthèse et discussion des résultats

L'investigation de l'expérience et des besoins de la prise en charge du TDAH de l'adulte en psychiatrie et en addictologie a permis d'identifier de nombreux paramètres, freins et dualités, parallèlement à une adaptation récente et progressive suggérant évolutions et perspectives.

La prise en charge du TDAH de l'adulte est apparue comme un défi légitime dans une période de transition vers son ouverture. Il s'agit de la rencontre entre la pression de la demande d'une prise en charge qui est perçue comme complexe d'une part, et une faible compétence ressentie pour un trouble d'intérêt récent d'autre part. Cette rencontre a poussé les praticiens à s'adapter puis à pratiquer par

tâtonnement. Ceci a témoigné d'évolutions en cours et de perspectives sous-tendues par les besoins exprimés. Ainsi, malgré des représentations et préconceptions sources de réticence pouvant être dépassées par la pratique, les praticiens ont semblé ouverts et prêts à se lancer.

### **1. Des difficultés conceptuelles pour les praticiens**

Sans remise en cause ouverte et définitive, des freins conceptuels sont, comme attendu, malgré tout apparus, ceci de manière inégale entre les participants et leur fonction. Certains ont semblé peut-être réticents à évoquer ces freins plus ouvertement ou personnellement.

Le caractère uniquement clinique du trouble, dont la nosographie est sujette à évolution, a été évoqué. Mais rappelons que c'est le cas en général de la psychiatrie.

Outre l'idée d'une difficulté conceptuelle évoquée pour leurs confrères d'une ancienne génération et, comme retrouvé dans la littérature, leurs confrères psychanalystes, le concept d'un trouble encore préférentiellement de l'enfant a pu émerger chez les participants. L'image d'un phénomène de mode chez l'adulte est apparue, jusqu'à l'impression d'un lobbying. Ces représentations, d'autant plus sources de difficultés qu'il s'agit d'un trouble clinique d'intérêt récent, peuvent logiquement avoir des conséquences négatives sur la prise en charge. Asherson *et al.* (89) concluaient en 2016 dans un article de synthèse que le TDAH chez l'adulte devrait être reconnu au même titre que les autres troubles mentaux chez l'adulte, et que le manquement à son repérage et son traitement est préjudiciable au bien-être de nombreux patients en demande d'aide pour des problèmes de santé mentale (89).

Ainsi les concepts et représentations se mêlent à la complexité clinique pour créer la question d'un « curseur » diagnostique et thérapeutique. Ce questionnement entre trouble et traits, et entre nécessité d'un traitement ou non, semble au cœur des difficultés, et ceci de façon plutôt surprenante alors que c'est quelque chose dont les psychiatres ont l'habitude en pratique, par exemple pour le diagnostic et le traitement de la dépression. Une petite partie d'explication pourrait être que le TDAH est une variante dimensionnelle pathologique de traits non pathologiques communs dans la population et qu'il

ne présente pas de rupture par rapport à un état antérieur contrairement à la plupart des troubles mentaux (14).

Une dualité a été un constat de sous-diagnostic, comme attendu (7), et une peur du surdiagnostic. Cette dernière a été plus particulièrement abordée par les psychiatres libéraux, qui sont plus souvent en première ligne (car en accès libre) lorsqu'il y a une demande du patient, ce qui pourrait pousser à la vigilance diagnostique.

Alors que la souffrance du patient a été prise en compte, un oubli du rôle du retentissement symptomatique du TDAH chez l'adulte a paru exister de deux manières : d'une part il a pu être minimisé du fait d'un fonctionnement chronique et adaptatif de l'adulte, comme déjà décrit (92), et d'autre part il a pu manquer dans les critères diagnostiques nécessaires, ceci pouvant alimenter les préjugés. En effet pour ce dernier point, puisqu'un trouble sans souffrance n'existe pas, confondre trouble et traits cliniques, ou trouble et traits symptomatiques insuffisants, contribue à stigmatiser le TDAH comme variante non pathologique de la norme. Ainsi, la confusion entre le TDAH chez l'adulte et la représentation inexpérimentée qu'on s'en fait est critique. Ceci est d'autant plus le cas qu'il s'agit d'un trouble d'intérêt récent mais dont l'expression symptomatique n'est pas récente, et jusqu'à présent pour certains conceptualisée autrement. La conséquence a pu en être une volonté d'éviter une surmédicalisation manifestée par les participants. Et ceci, de même que la peur du surdiagnostic, a aussi été largement sous-tendu par une peur de surprescription du méthylphénidate. Le diagnostic est apparu lié à cette question du traitement à nouveau par sa définition en termes de retentissement symptomatique : des praticiens ont semblé évoquer le diagnostic de TDAH de l'adulte en y associant un faible retentissement pour justifier une volonté d'éviter une surmédicalisation par l'utilisation du méthylphénidate. La question est celle du rapport bénéfice-risque de tout médicament même non systématique, mais aussi celle du « curseur » diagnostique entre trouble et traits.

Le méthylphénidate a été le seul traitement médicamenteux développé lors des entretiens. Malgré des expériences positives et encourageantes développées plus loin, le méthylphénidate a cristallisé des réticences et des craintes de prescription, notamment en sa qualité de stupéfiant dérivé amphotaminique. Ainsi, les préconceptions et difficultés liées aux représentations du TDAH chez

l'adulte sont apparues intimement liées à celles de son traitement médicamenteux. Ceci est d'autant plus critique que les participants ont intégré le recours au traitement médicamenteux comme légitimement central dans la prise en charge. L'effet thérapeutique du méthylphénidate et son rapport bénéfice-risque ont été questionnés dans de rares cas. Rappelons que son efficacité a été démontrée, avec une taille d'effet significative (47). Quelques participants ont exprimé une crainte liée à la sécurité du traitement, notamment cardiovasculaire. Les préjugés les plus importants, parmi toutes les sous-catégories de praticiens, ont concerné le risque lié au caractère stupéfiant dérivé des amphétamines. Cette peur d'un médicament stupéfiant a été liée à la peur de dépendance pharmacologique, à la peur du mésusage et du détournement du traitement (possiblement alimentée par le public), et a eu comme corollaire, pour certains, une réticence de l'instauration du méthylphénidate chez un patient suivi en addictologie. Pourtant, comme nous l'avons développé dans la revue de la littérature, le rapport bénéfice-risque de l'utilisation du traitement est nettement favorable, y compris concernant la tolérance cardiovasculaire et la comorbidité addictologique.

## **2. Une faible compétence ressentie par les praticiens**

Toujours dans les difficultés propres au thérapeute, les faibles compétences et connaissances en lien avec le trouble ont été avancées par de nombreux participants. Les psychiatres ne sont d'ailleurs pas experts du trouble selon eux ou même les addictologues. Ces difficultés ressenties ont été clairement décrites, mais un manque d'assurance a aussi été prépondérant, de manière plus tacite. Ce dernier peut être décliné en doute, prudence et manque de légitimité. Cette conséquence plus intime de toutes les difficultés abordées pourrait-elle aussi être présente par excès ? En effet, un manque d'assurance pourrait aussi résulter d'une difficulté d'appréciation de ses limites, par sous-estimation de ses capacités ou surestimation de la difficulté de la prise en charge. Ceci pourrait être alimenté par le fort recours aux experts jusqu'à présent: une barrière psychologique pourrait tout à fait entrer en jeu dans l'estimation de ses limites dans une prise en charge encore trop réservée aux experts. Les manques d'assurance et de légitimité à la prise en charge pourraient aussi être directement liés à l'implication de l'initiation du traitement par méthylphénidate, et ceci particulièrement lié à la charge

de poser un diagnostic neurodéveloppemental « vie entière ». Cela permet de questionner plus globalement la place de la tolérance à l'incertitude en psychiatrie.

La faible compétence n'a pas été qu'un ressenti mais également médiée par des lacunes de formation : seuls deux jeunes psychiatres ont évoqué une expérience de formation initiale, et les formations continues commencent seulement à se répandre.

La faible et récente expérience des praticiens a contribué aux difficultés. Aucun praticien n'avait plus de cinq ans d'expérience de près ou de loin en rapport avec le TDAH de l'adulte. Beaucoup en ont seulement entendu parler durant ces dernières années. Un déterminant limitant de l'expérience est l'initiation de prescription de méthylphénidate, qui n'était pas possible pour les psychiatres de ville avant septembre 2021, et qui ne l'est toujours pas pour les addictologues somaticiens. Les psychiatres libéraux ont ainsi gagné en expérience par la possibilité de prescription initiale aidée par la pression de la demande. De façon surprenante, alors que les psychiatres hospitaliers avaient la possibilité de prescription initiale, leur expérience, leur expertise et leur investissement pour le TDAH de l'adulte ont paru faible, et jugés par l'auteur plus faibles que pour les autres sous-catégories de participants. Une analyse de ce phénomène pourrait être qu'ils sont moins dépendants de la demande du patient qu'en psychiatrie libérale, que le temps hospitalier est moins propice au dépistage, avec des patients de secteur qui sont plus lourds. Les addictologues semblent eux particulièrement dépendant de la prise en charge du TDAH pour ses conséquences dans la prise en charge addictologique.

Enfin pour les compétences, la prise en charge psychothérapique est apparue très limitée pour les participants, qui se trouvaient démunis. La psychoéducation, l'éducation thérapeutique et le coaching ont été abordés, mais peu savaient en fait quoi proposer en termes d'approches non pharmacologiques.

### **3. Des patients acteurs**

La prise en charge du TDAH de l'adulte constitue une rencontre entre d'une part un praticien avec ses représentations, son expérience, sa compétence et sa personnalité, et d'autre part un patient acteur.

Le patient a été décrit comme un acteur du soin bien informé, pouvant participer à des groupes sur les réseaux sociaux, ayant un bon niveau de connaissance sur le TDAH, mais aussi un bon insight. Ces points ont été plutôt mis en avant par les psychiatres libéraux. La qualité d'expérimentateur dans le soin a aussi émergé en addictologie.

Ces paramètres ont semblé en partie sous-tendu par une demande importante, voire inattendue, de prise en charge diagnostique et thérapeutique de la part des patients, et particulièrement retrouvée pour les psychiatres libéraux.

Les souffrances des patients ont été identifiées et reconnues, qu'elles soient de retentissement relationnel, familial, scolaire ou professionnel. Les psychiatres libéraux ont été confrontés à une détresse étudiante décrite comme pressante du fait des échéances scolaires, et volontiers inaugurale. Les psychiatres de ville sont naturellement plus susceptibles d'être sollicités pour une telle situation étant donné leur accessibilité. Cela renvoie à la prévalence du trouble, son impact fonctionnel et scolaire, et ses comorbidités chez le patient étudiant tel que déjà décrits dans la littérature (113).

Les demandes des patients étaient souvent justifiées, aboutissant à la prise en charge, mais pas toujours. En effet les avis sur l'autodiagnostic, retrouvés principalement auprès des libéraux, étaient mixtes, à rapprocher de ce qu'on peut retrouver dans le trouble du spectre de l'autisme et le trouble bipolaire qui sont également des troubles « vie entière ». Il a pu émerger une justification de l'autodiagnostic mais également une méfiance de l'autodiagnostic « tout clé en main ». Ce frein a pu être expliqué par la subjectivité des symptômes mais aussi la suggestibilité potentielle du patient qui pourrait construire dans sa démarche un diagnostic erroné car soumis au biais de confirmation dans un contexte de détresse, de demande d'aide et de réponses. Plus pragmatiquement, il a aussi été énoncé la peur de la demande déguisée de méthylphénidate à visée récréative dans une recherche de consommation d'amphétamines. Tous ces paramètres sont bien évidemment soumis aux représentations et préjugés du praticien comme nous l'avons vu. Ainsi le fond et la forme d'une demande de prise en charge semblent critiques pour la suite des soins et de la relation thérapeutique. Que le diagnostic soit présent ou non, on peut se représenter le biais que ces jugements peuvent créer

dans une relation thérapeutique, mais aussi la potentielle compensation de ce biais, rendant plus difficile encore l'établissement d'un diagnostic fait en grande partie de critères énoncés par le patient.

De façon plus pratique enfin, il a aussi été remarqué la difficulté dans la prise en charge du fait des symptômes du TDAH qui pourraient interférer dans les soins et complexifier les choses : le manque de motivation, l'impatience, les oublis et les problèmes de planification pouvaient gêner la prise en charge principalement pour la gestion du traitement et le suivi régulier en consultation.

Ces différents points peuvent faire questionner la place du lien et de la relation médecin-patient dans la prise en charge du TDAH chez l'adulte.

#### **4. Une prise en charge complexe**

A l'interface entre praticien et patient se trouve une prise en charge complexe décrite à plusieurs niveaux.

La complexité clinique et la difficulté diagnostique qui en découle ont été largement décrites. Les praticiens estimaient les limites du diagnostic peu claires, avec des critères subjectifs, flous, compliqués et manquant de spécificité. La question d'un « curseur » clinique semble ici centrale : il s'agit d'une réflexion quantitative et qualitative sur la définition des critères, du jugement de leur présence y compris dans le temps et rétrospectivement, l'élimination des diagnostics différentiels et l'évaluation juste du retentissement de ces symptômes-critères. Dans cette analyse complexe, la précision de ce curseur semble particulièrement dépendante des compétences et de l'expérience à la fois pour le TDAH de l'adulte et le reste de la psychiatrie : ces éléments pourraient-ils suggérer que le TDAH de l'adulte est une pathologie de prise en charge spécialisée non adaptée à un médecin non formé à la psychiatrie ? Ceci pourrait être accrédité par la difficulté de jugement clinique mais aussi par la nécessaire analyse psychiatrique globale faisant entrer dans la réflexion l'élimination des diagnostics différentiels et le diagnostic des comorbidités, souvent présentes.

Une part de la complexité du trouble pourrait aussi être attribuée à la question de l'adulte non diagnostiqué durant l'enfance, qui générerait comme cité dans les résultats des cas adultes plus complexes et atypiques. En effet, l'expansion du diagnostic chez l'enfant puis progressivement chez l'adulte pourrait « sélectionner » les cas de suspicion diagnostique qui pourraient devenir plus complexes car atypiques, limites, de retentissement uniquement adulte, ou de personne âgée.

La difficulté clinique liée aux diagnostics différentiels a été citée. Une pluralité de cette difficulté dans le raisonnement est représentée par la place du TDAH entre les diagnostics différentiels et comorbidités, alors que le TDAH lui-même peut être considéré comme diagnostic différentiel ou comorbidité d'un ou plusieurs autres troubles. Les diagnostics différentiels quand ils ont été précisés ont été les troubles de l'humeur, le trouble bipolaire, le trouble dépressif, les troubles de la personnalité borderline et antisociale. Il est à noter qu'une comorbidité pouvait éloigner les praticiens de l'idée du diagnostic du TDAH, par « diversion ». Inversement, un diagnostic pouvait être secondaire à une comorbidité résistante, faisant ouvrir le prisme des possibilités menant au TDAH.

Des difficultés cliniques ont concerné le traitement par méthylphénidate. Outre des expériences d'inefficacité et d'effets indésirables constatés avec un manque d'alternative médicamenteuse, des problématiques ont concerné la gestion du méthylphénidate du fait des comorbidités, notamment en termes de place et moment de l'introduction en fonction des comorbidités. Il y a eu l'appréhension de faire décompenser un trouble psychiatrique non stabilisé par l'introduction du traitement, l'appréhension de l'effet d'un traitement supplémentaire sur les comorbidités, ou encore la cinétique d'introduction par rapport au traitement des comorbidités. Dans la mesure où il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental faisant le lit d'autres troubles, il paraît logique de le traiter le plus en amont possible sauf si une comorbidité psychiatrique apparaît décompensée. On peut ajouter à cela le risque d'iatrogénie si le TDAH a été traité à tort avec des traitements non indiqués. A propos des comorbidités et du traitement médicamenteux du TDAH, rappelons que selon le consensus du Réseau Européen pour le TDAH chez l'adulte publié en 2019 (15), le traitement est conditionné par les comorbidités : le trouble le plus grave est pris en charge en premier, avant le TDAH, ainsi c'est très habituellement le cas des troubles psychotiques, bipolaires, de l'usage de substances, dépressifs

sévères et anxieux sévères. Les troubles dépressifs et anxieux plus modérés peuvent être pris en charge en même temps, de même que les troubles de l'usage de substances, qui devraient quand même être stabilisés (15).

Pour terminer avec la complexité de la prise en charge, nous pouvons aborder des difficultés du parcours de soins et des difficultés pratiques.

Un accès difficile et insuffisant des patients à la prise en charge a été évoqué par les praticiens, en concordance avec la littérature. Les difficultés les plus énoncées ont été les délais d'attente pour consulter un spécialiste prenant en charge le TDAH de l'adulte, en lien avec leur nombre trop faible, et le délai supplémentaire pour faire un bilan cardiologique pré-thérapeutique. Au niveau organisationnel, il a été énoncé le manque d'organisation de la prise en charge au niveau local et national, en particulier par la faible identification des psychiatres prenant en charge ou diagnostiquant le trouble, et aussi par le recours à une surspécialisation multipliant les intervenants et les délais. Pour ce dernier point constaté on peut noter la dualité d'un accès difficile à la prise en charge déploré alors que les praticiens ont été nombreux à adresser, parfois de manière systématique, leurs patients auprès des experts devenus surchargés. Ainsi, pour certains psychiatres, la prise en charge du TDAH de l'adulte a semblé relever d'une surspécialisation et non de la psychiatrie générale, alors que les experts sont normalement présents pour les situations nécessitant un recours particulier. Parallèlement, les médecins généralistes ont semblé peu sollicités dans le parcours de soins et peu impliqués, y compris pour le relai des traitements. Rappelons à cet égard, comme évoqué dans la littérature, leur besoin d'éducation pour un trouble perçu comme complexe et l'importance du lien avec le spécialiste dans un parcours de soins source de difficultés (4). Il est possible de penser que le système de l'expert en place peut favoriser soit un lien direct entre expert et médecin traitant sans passer par le psychiatre, soit un lien direct entre l'expert et le psychiatre sans passer par le médecin traitant pour les patients nécessitant un suivi psychiatrique régulier pour des comorbidités. De cette manière, il ne serait pas étonnant que dans un « système de l'expert » le psychiatre traitant ait malheureusement moins de lien avec le médecin traitant.

Concernant les difficultés de la pratique quotidienne, certains ont fait part de consultations diagnostiques trop longues et répétées, de questionnaires d'aide au diagnostic trop longs, de la contrainte de la prescription sécurisée du méthylphénidate, ou encore d'une AMM seulement limitée à la Ritaline LP. L'essai d'autres spécialités de méthylphénidate est parfois utile en pratique en termes d'efficacité ou de tolérance, alors que la prescription hors AMM a pu paraître inconfortable. Depuis février 2023, les spécialités Concerta LP et Medikinet ont aussi l'AMM chez l'adulte (103,104).

### **5. Les spécificités en addictologie**

Pour ce qui est des caractéristiques en addictologie, on peut noter comme attendu une forte prévalence décrite du trouble y compris en comparaison avec la psychiatrie.

L'avantage du travail collégial et pluridisciplinaire des addictologues a été particulièrement mis en avant et souligné comme une plus-value notamment pour les addictologues somaticiens. Ainsi, travailler en équipe aide beaucoup pour augmenter le sentiment de compétence et de légitimité.

Une difficulté a été la volatilité et le fonctionnement compliqué des patients en addictologie, pointée aussi indépendamment des symptômes du TDAH. Cela pourrait questionner le choix de faire coexister la prise en charge du TDAH dans un parcours addictologique qui est parfois aigu, chargé, et instable. Des addictologues ont d'ailleurs souligné l'instabilité des prises en charges, et qu'ils pouvaient avoir du mal à insérer la prise en charge diagnostique du TDAH dans leur pratique du fait de la charge du soin addictologique et multidisciplinaire déjà nécessaire.

Au niveau clinique, la complexité du diagnostic du TDAH en addictologie a été mentionnée. Le raisonnement fait logiquement volontiers apparaître le TDAH comme une comorbidité d'un trouble addictologique, déjà existant. Sur ce point les participants ont présenté une particulière difficulté liée aux manifestations cliniques jugées intriquées mais aussi à l'effet propre des substances ou leur craving pouvant s'approcher de symptômes de TDAH, ce qui rejoint tout à fait la revue de la littérature. Certains ont exprimé la difficulté d'une addiction toujours active ainsi que l'intérêt de pouvoir réévaluer la situation après un sevrage. Pour faire un lien avec les représentations et réticences

notamment au traitement par méthylphénidate, s'il devait y avoir un biais de surdiagnostic du TDAH du fait des toxiques, celui-ci semble alors plus qu'anticipé. Mais on peut imaginer un biais de compensation voire de méfiance quant à un diagnostic de TDAH sur un terrain addictologique, alors qu'indépendamment de tout bénéfice secondaire, nous savons que l'association entre TDAH et trouble addictologique est très prévalente comme vu dans les résultats de l'étude et la revue de la littérature. Rappelons à propos du diagnostic, posé en addictologie ou non, qu'il repose sur des critères symptomatiques à l'instant du diagnostic adulte mais aussi depuis plus de 6 mois et avant l'âge de 12 ans. En outre, la question du contexte des symptômes et du retentissement est également indispensable au diagnostic.

En contraste des difficultés précédentes, l'effet d'une substance sur les symptômes du TDAH a pu être perçu comme un argument diagnostique, celle-ci mimant des effets thérapeutiques.

Une dualité est celle d'une attente déçue du méthylphénidate en addictologie, notamment pour un objectif d'abstinence à la cocaïne alors que ce n'est pas l'indication du traitement, parallèlement à une expérience positive par plusieurs addictologues d'un effet secondaire bénéfique sur le trouble lié à l'usage d'une substance, avec soit une diminution soit une abstinence, ce qui conforte une utilité indirecte en addictologie. Cela est corroboré par plusieurs études, malgré des résultats pouvant être contradictoires, tels que développés dans la revue de la littérature (60,77,80).

## **6. Des stratégies d'adaptation des praticiens et des changements en cours**

Face à la rencontre entre leurs limites et l'expansion de la prise en charge, les praticiens ont su avoir ou mettre en place des ressources afin de s'adapter.

Il faut noter tout d'abord la motivation exprimée par les participants à la qualité de leur prise en charge, médiée par la demande du patient et sa souffrance. Chez les addictologues ceci a aussi été médié par la place importante du soin du TDAH pour avancer dans la prise en charge addictologique. Les participants ont ainsi témoigné d'implication, de professionnalisme, et d'un intérêt pour le trouble et pour sa formation. Il s'agit d'une envie et d'une nécessité exprimées de monter en compétence et en

qualité. Pour ceci les praticiens ont usé d'autoformation diverse, et ont semblé proactifs dans la participation récente à des formations continues impulsées par les experts.

Il faut noter par ailleurs que des psychiatres ont suggéré que la prise en charge du TDAH de l'adulte relevait de la psychiatrie générale ou ambulatoire et donc qu'elle devrait faire partie de la pratique du psychiatre. Ainsi pour eux les psychiatres devraient maîtriser le trouble et ils reconnaissent que c'est à leur portée.

A propos de la place du dépistage et de la recherche diagnostique active, celles-ci ont semblé évolutives mais hétérogènes: le TDAH a pu être recherché comme une comorbidité potentielle de manière active par les libéraux alors que ce n'était pas le cas antérieurement. Pour les autres sous-groupes, une absence de recherche diagnostique active était plutôt la règle. Il faut noter aussi une sollicitation ou demande des patients plus faible dans le public ou en addictologie, contribuant peut-être à une sensibilisation moins forte des psychiatres publics, les addictologues l'étant plus par la prévalence et l'interdépendance fortes avec les troubles addictologiques.

Les praticiens ont beaucoup eu recours aux questionnaires d'aide au diagnostic, notamment DIVA et ASRS. Bien qu'il leur a été attribué des défauts de longueur, de subjectivité propre aux symptômes ou d'inintelligibilité, les questionnaires ont paru importants pour assurer le diagnostic avec légitimité et plus de sécurité, jusqu'à la valeur médicolegale.

Le lien avec les proches du patient a été faiblement mentionné, ne semblait pas proactif ou central, et pourrait donc être un point supplémentaire d'aide à développer.

L'implication du neuropsychologue et du psychologue a été très largement décrite, surtout par un adressage du praticien. On peut noter un adressage du psychologue vers le psychiatre pour suspicion diagnostique, mais un point majeur a été l'aide diagnostique qu'il représentait par une évaluation neuropsychologique: cette aide était parfois décrite comme une étape indispensable à l'établissement du diagnostic, vraisemblablement pour des raisons de besoin de confirmation et de manque d'aisance. Ainsi, travailler en équipe aide beaucoup pour augmenter le sentiment de compétence, notamment en réseau avec le neuropsychologue. Par ailleurs, l'aide de psychothérapie du psychologue a aussi été

mentionnée comme précieuse, volontiers cognitivo-comportementale. Le neuropsychologue et le psychologue représentent ainsi des aides à plusieurs niveaux de besoin. Notons malgré tout l'inconvénient financier en libéral pour les patients.

Un point d'inflexion toujours en cours semble l'expérience de prise en charge « forcée » par la surcharge des experts sur lesquels ils se reposaient beaucoup. Les psychiatres, principalement libéraux, se « lancent » dans la prise en charge du TDAH de l'adulte par tâtonnement en arrêtant un adressage systématique aux experts.

Cette création d'expérience personnelle de la prise en charge contribue à lever des réticences et à « changer les regards » par empirisme. En effet des doutes ou une réticence ont pu être dépassés, et il s'agit d'un processus toujours en cours pour lequel une ouverture d'esprit a pu être identifiée comme nécessaire. Des preuves par la pratique, de démonstration empirique, de l'intérêt et de la cohérence du diagnostic et du traitement ont été mises en avant par les praticiens, ce qui constitue un point très important du processus en cours.

On peut spécifiquement aborder le traitement médicamenteux pour cela. Alors que l'expérience du mésusage et du détournement du méthylphénidate a été évoquée par un seul participant, malgré les préjugés, de nombreux autres ont reconnu l'absence d'une problématique de ce type aperçue dans leur expérience. L'expérience a permis une dédramatisation du traitement par méthylphénidate, tant du point de vue du maniement que de la tolérance ou du risque de mésusage. En outre, une efficacité a pu être perçue sur les symptômes du TDAH, par l'expérience clinique.

Tout cela nous questionne sur la propension des participants à pouvoir augmenter leur activité de prise en charge du trouble. Ainsi, la possibilité pour certains d'augmenter l'activité spécifique liée au trouble, sans faire uniquement cela, est ressortie, mais pas sans appréhension ou limite notamment liées à une surcharge potentielle. Inversement, de nombreux praticiens ont exprimé à différents degrés le souhait de ne pas avoir d'activité spécifique liée au trouble, notamment pour des questions de temps, de charge et d'intérêt. Ceci renforce l'idée que l'harmonisation du parcours de soin du TDAH doit se faire, mais aussi que la psychiatrie et l'addictologie devraient être moins surchargées.

Enfin, un questionnement a été fait sur la réglementation de prescription initiale du méthylphénidate. Certains, surtout des psychiatres publics, ont salué la réglementation actuelle, sans ouverture supplémentaire à d'autres spécialistes que les psychiatres et neurologues. Outre l'expertise nécessaire citée par certains et le risque décrit de l'ouverture aux généralistes, ils ont jugé que le fait d'être psychiatre était indispensable pour porter un diagnostic « vie entière » aussi par l'élimination des diagnostics différentiels. Nous pouvons remarquer qu'il est particulier que les psychiatres publics portent ce regard alors qu'ils sont comme nous l'avons vu dans notre étude les moins investis dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique du TDAH de l'adulte, et qu'ils n'avaient pas de restriction de prescription initiale contrairement aux psychiatres de ville. L'ouverture de l'initiation de prescription aux addictologues somaticiens a été énoncée par un certain nombre de praticiens de toutes les sous-catégories. Ils y ont donc été ouverts, et avec un engagement plus fort exprimé par certains addictologues. Les arguments avancés ont été la prévalence en addictologie et le besoin de prise en charge non satisfait en premier lieu, mais aussi le travail d'équipe, la compétence accessible aux addictologues, l'aisance pour la prescription des stupéfiants, et la nécessité de ne pas multiplier les intervenants pour maintenir une alliance. Une ouverture aux généralistes a été mentionnée par peu de praticiens, évoquant une comparaison aux pédiatres, la bonne connaissance du patient et de sa famille, et une restriction idéologique actuelle trop sécuritaire pour un trouble qui devrait relever de la médecine générale. Un regard différent a été apporté par plusieurs psychiatres : au-delà des choix de réglementation qui apparaissent binaires, ils ont rapproché la prescription initiale de la notion de compétence par une formation suffisante, de sentiment de légitimité et de responsabilité individuelle.

## **7. Les besoins et propositions d'aide**

De nombreux besoins et propositions ont émergé, et en premier lieu le besoin de formation exprimé très largement, mais aussi la sensibilisation et l'information, y compris du grand public. Le moyen de la formation magistrale comme formation continue a été cité, comme des conférences d'experts qui ont été appréciées des praticiens. Le support vidéo a été mentionné, aussi pour l'intérêt d'un exemple clinique à présenter. Des besoins spécifiques de formation ont été également cités,

notamment des détails sur la gestion des comorbidités, du traitement, la conduite à tenir en cas d'inefficacité.

Une proposition d'observation clinique en consultation a été faite à visée de formation, réalisant un apprentissage par compagnonnage, classique en médecine. L'auteur confirme l'intérêt de cette pratique qu'il a pu réaliser en octobre 2022.

En termes d'outils, il a été proposé un document synthétique d'aide, informatisé ou papier, pouvant éventuellement être utilisé en consultation, et à destination des psychiatres. Il pourrait s'agir d'un équivalent du document d'information synthétique réalisé par le Dr Jonathan Moussa pour une thèse de médecine générale (4). Il a également été proposé une plateforme internet, pouvant comprendre une « foire aux questions » ou des questionnaires diagnostiques notamment simplifiés.

Le besoin d'un réseau a été très largement évoqué. Il s'agissait en premier lieu d'un réseau d'experts avec des centres de recours, avec un accès facilité pouvant passer par des contacts ou des adressages. Une organisation en niveaux de soins semble donc souhaitée, avec une codification ou « protocolisation » de la prise en charge y compris de recours. L'organisation d'une filière de recours semble donc indissociable de l'organisation de l'ensemble du parcours de soins puisqu'elle ne peut pas fonctionner en état de surcharge dans le cadre d'un adressage systématique. Parallèlement, un besoin de réseau de pairs a été exprimé, avec des propositions de réunions entre pairs, permettant des retours d'expérience, notamment pour les addictologues mais surtout pour les libéraux.

Le besoin d'implication du médecin traitant a été cité, et, pour les addictologues un besoin de plus de moyens humains, et encore plus de pluridisciplinarité et d'aide en addictologie. Ce dernier point a surtout été le cas pour les addictologues non psychiatres, sous la forme d'un soutien, notamment par la présence d'un psychiatre prenant en charge le trouble. Ce dernier point a été décrit comme compliqué à obtenir.

Enfin, des propositions de groupes thérapeutiques pour patients ont été faites, notamment de psychoéducation et de régulation émotionnelle.

## B. Limites de l'étude

La méthodologie qualitative décrite dans la méthode implique un niveau de preuve faible et plusieurs limites.

L'échantillon, de taille moyenne, n'a pas vocation à être représentatif de la population étudiée et ne permet donc pas en principe de généralisation. De plus, les participants étaient, tous sauf un, localisés dans le Bas-Rhin. L'échantillon est donc à la fois localisé et inhomogène par le participant hors Alsace.

En partie du fait de son mode de sélection, l'échantillon ne comportait pas de praticien « opposé » au TDAH, nous n'avons pas eu de retour très négatif comme nous le rapportent parfois les patients et comme nous l'avons vu dans la littérature. Des biais de recrutement et d'auto-sélection sont possibles, étant donné que les médecins ayant accepté de participer à l'étude pourraient être plus sensibles ou plus ouverts au sujet de l'étude. En effet, une partie des participants a été recrutée à l'occasion d'une formation sur le TDAH de l'adulte, ce qui pourrait suggérer un intérêt de ceux-ci pour le trouble.

La réalisation d'entretiens semi-directifs individuels a permis d'éviter l'effet de contamination qui peut être présent dans les *focus groups*, mais un questionnement sur la liberté de parole peut être fait. En effet, il faut considérer le biais de désirabilité sociale qui implique que les réponses sont socialement adaptées, puisque les participants pouvaient se représenter que l'auteur et le directeur de thèse présentent un intérêt pour le TDAH de l'adulte.

La saturation globale des données a été obtenue puis confirmée, et il en a été de même séparément pour tous les sous-groupes de psychiatres et addictologues psychiatres mais cela n'a pas été séparément le cas pour le sous-groupe des addictologues somaticiens.

La validité interne de l'étude est amoindrie par un codage réalisé par un unique analyste qui est aussi l'investigateur et l'auteur de l'étude, sans deuxième lecture. Les données n'ont pas été restituées pour relecture aux participants, qui n'en n'ont pas fait la demande.

Le caractère déclaratif des données implique une limite par l'interprétation subjective et personnelle faite par le codeur, il s'agit du biais d'interprétation. Cette interprétation-analyse est possiblement influencée par les préconceptions et le vécu personnel du chercheur.

## C. Perspectives et implications

L'analyse des résultats permet d'entrevoir un processus de changements de pratiques vers une ouverture de la prise en charge du TDAH de l'adulte médiée par la pression de la demande, de sa prévalence, et sa reconnaissance par la communauté médicale et par les autorités.

### **1. L'organisation et l'optimisation du parcours de soin**

Les psychiatres et addictologues ont en général semblé ouverts et prêts à se lancer pour faire face aux besoins. Les psychiatres hospitaliers ont spécifiquement semblé plus passifs et moins impliqués que leurs confrères. Les adaptations réalisées par les praticiens impliqués leur ont permis de passer le cap de l'initiation, mais pour assurer une pérennité et un développement de la prise en charge il semble qu'une organisation et une optimisation du parcours de soins soient essentielles, faisant participer tous les intervenants concernés, aussi afin de préserver le rôle propre des experts. Cette organisation pourrait se faire en niveaux de soins, avec l'identification de centres de recours.

### **2. Une discussion de l'ouverture de la prescription initiale et des AMM**

Une ouverture de la prescription initiale et de renouvellement du méthylphénidate pourrait être discutée, notamment pour les addictologues de formation somatique au regard de leur expertise, de leur travail d'équipe, de la prévalence du trouble et donc du besoin non satisfait en addictologie. En outre, une AMM et un remboursement pour l'ensemble des spécialités de méthylphénidate semblent justifiés.

### **3. Les conférences de formation et la création d'un document synthétique**

L'important besoin de formation et d'information suggère de poursuivre les conférences d'experts, et la réalisation d'un document synthétique pratique de 5 à 10 pages à destination des psychiatres, ce qui est en projet. Plus globalement, le besoin d'outils pratiques et de recommandations, notamment nationales, paraît indispensable.

### **4. La création de groupes d'intervision**

Le besoin de réseaux de pairs et d'experts permet de proposer l'idée de réunions sous forme de groupes d'intervision, qui regroupent des pairs partageant et analysant leurs pratiques. Ces groupes pourraient être animés par des experts. Une telle initiative a été réalisée pour la première fois en mars 2023 en visioconférence au CHU de Strasbourg, animée par le Pr Bertschy et le Dr Weibel, auprès de psychiatres et d'addictologues. Ceci a permis des échanges fructueux et intéressants, permettant de lever des difficultés cliniques et pratiques. Une prochaine séance est prévue en mai 2023.

## CONCLUSION

Le TDAH chez l'adulte est un trouble neuro-développemental touchant 2 à 4% des adultes, avec un fort retentissement et de nombreuses comorbidités, dont une association particulièrement importante et interdépendante avec les conduites addictives.

Il s'agit d'un trouble d'intérêt récent toujours sujet à controverse en France malgré une reconnaissance scientifique internationale. De nombreux changements sont cependant en cours puisqu'une reconnaissance des autorités a été récemment faite en France par une première AMM, avec remboursement, en initiation de prescription du méthylphénidate chez l'adulte, de même qu'une ouverture de la prescription initiale aux psychiatres de ville. Les addictologues non psychiatres sont quant à eux toujours exclus de la prescription initiale malgré le besoin non satisfait en addictologie. L'offre de soins reste faible et difficile d'accès malgré un intérêt grandissant des professionnels de santé et une attente de la population. C'est à ce moment d'inflexion dans la prise en charge du TDAH chez l'adulte que nous avons choisi d'étudier l'expérience et les besoins des psychiatres et des addictologues pour s'impliquer pleinement dans les soins donnés à ces patients. Nous avons utilisé une étude qualitative auprès de vingt praticiens, une méthode adaptée au phénomène étudié. En effet la récurrence des changements réglementaires et de pratiques exigeait d'explorer sans a priori et sans données existantes le ressenti des praticiens, pour générer des hypothèses de compréhension. L'objectif a été de comprendre leur vécu, leur difficultés, et leurs attentes concernant la prise en charge du TDAH de l'adulte, avec pour finalité d'orienter leur accompagnement et de créer des actions spécifiques pour les aider et les intégrer dans le parcours de soins du trouble.

L'étude a permis d'identifier la prise en charge du TDAH de l'adulte comme un défi légitime dans une période de transition vers son ouverture. Il s'agit de la rencontre entre la pression de la demande d'une prise en charge qui est perçue comme complexe, et une faible compétence ressentie jusqu'à maintenant pour un trouble d'intérêt récent. Cette rencontre a poussé les praticiens à s'adapter puis à pratiquer par tâtonnements. Ceci témoigne d'évolutions en cours et de perspectives sous-tendues par

les besoins exprimés. Ainsi les représentations et préconceptions sources de réticences peuvent être dépassées par la pratique. Les praticiens ont semblé ouverts, prêt à se lancer et à se former.

Le concept d'un « curseur » clinique diagnostique et thérapeutique s'est trouvé au cœur des problématiques et au carrefour des représentations, des compétences, de l'expérience, et du lien thérapeutique, contribuant à de nombreuses difficultés cliniques, et pour certaines, propres à la complexité du trouble. Les difficultés sont apparues indissociables de celles liées au traitement médicamenteux de référence, le méthylphénidate, tant ce traitement pouvait cristalliser des craintes et des préjugés, notamment par son caractère de médicament avec mécanisme similaire à celui des amphétamines. Des paramètres plus spécifiques de certains sous-groupes sont ressortis : les psychiatres publics semblaient moins investis que les autres, les libéraux semblaient les plus actifs, en lien avec la demande des patients leur parvenant, et les addictologues ont paru très intéressés et en attente de solutions pour le problème de l'interdépendance majeure avec les troubles addictifs.

Face à la rencontre entre leurs limites et l'expansion de la prise en charge, les praticiens ont su avoir ou mettre en place des ressources afin de s'adapter, avec une envie et une nécessité de monter en compétence et en qualité. Les psychiatres ont par ailleurs reconnu leur rôle clé dans la prise en charge. L'implication du neuropsychologue a été très largement décrite notamment pour une aide dans la démarche diagnostique. Il existe un souhait de formation continue et des pratiques d'autoformation.

Le point d'inflexion dans les pratiques, toujours en cours, semble être en lien avec un accès de plus en plus difficile pour les patients aux experts identifiés du TDAH, surchargés, sur lesquels les praticiens se reposaient jusqu'alors. Les psychiatres se « lancent » ainsi par tâtonnement en stoppant un adressage systématique aux experts. Ainsi, la constitution d'une expérience personnelle de la prise en charge contribue à lever des réticences et à « changer les regards » par empirisme. Les praticiens ont souligné l'importance de l'expérience clinique, notamment pour donner de l'intérêt au diagnostic, mais aussi pour l'expérience de l'intérêt et de la sécurité du méthylphénidate, qu'ils ont eux-mêmes observé.

Malgré tout, la propension des praticiens à augmenter l'activité spécifique liée au trouble semble limitée, essentiellement par une charge de travail déjà importante et par une peur de surcharge du fait de la demande très importante.

Ainsi, nous percevons la nécessité de l'organisation et l'optimisation du parcours de soins, par niveau de soin, ainsi que l'identification et l'opérationnalité de centres de recours. Pour permettre cela et l'intégration de chaque praticien dans le parcours de soins, nous devons poursuivre les initiatives de sensibilisation, de formation et d'outils pratiques, pour que chacun ajoute sa pierre nécessaire à l'édifice. Le projet de groupes d'intervision initié en mars 2023 au CHU de Strasbourg semble être un vecteur intéressant, de même que l'élaboration d'un document synthétique d'aide pratique au diagnostic et au traitement à destination des psychiatres. L'arrivée de recommandations nationales chez l'adulte constituerait une étape importante supplémentaire.

A ce jour, malgré les évolutions, nous sommes loin d'un idéal de parcours de soins et d'accès à la prise en charge, si bien qu'il est légitime de questionner toutes les possibilités d'amélioration de l'accès aux soins du TDAH pour les patients adultes, toujours dans un besoin important et insuffisamment satisfait. Puisque ceci est particulièrement le cas pour les patients suivis en addictologie, nous pourrions engager une discussion pour une ouverture de la prescription initiale de méthylphénidate aux addictologues non psychiatres : sous couvert d'une formation adéquate et sachant leur expertise, les besoins et l'enjeu du trouble en addictologie, il semblerait en effet cohérent et légitime de les intégrer pleinement dans la prise en charge du TDAH chez l'adulte.

VU et approuvé  
Strasbourg, le 12 AVR 2023  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Médecine et Sciences de la Santé  
Professeur Jean SIBILLA

VU  
Strasbourg, le 5 avril 2023  
Le président du jury de thèse  
Professeur Gilles BERESCHY

## ANNEXES

### Annexe 1. Critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5

- « A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2) :
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 un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :  
N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou 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 (p. ex. néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis).
    - b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à rester concentré pendant les cours magistraux, des conversations ou la lecture de longs textes).
    - c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente).
    - 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 (p. ex. commence des tâches mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).
    - e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonné, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais).
    - f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles).
    - g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobiles).
    - h. Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).
    - i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).
  2. Hyperactivité et impulsivité : 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 un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :  
N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

- 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 (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).
- c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (N.B. : 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 » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).
- f. Parle souvent trop.
- g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).
- h. A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).
- i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres).

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 (p. ex. à la maison, à l'école, ou au travail ; avec des amis ou de la famille, dans d'autres activités).

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 (p.ex., trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par, ou sevrage d'une substance). »

Types de présentation :

« Présentation combinée : Si à la fois le critère A1 (inattention) et le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) sont remplis pour les 6 derniers mois ».

« Présentation inattentive prédominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A1 (inattention) est rempli mais pas le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) ».

« Présentation hyperactive/impulsive prédominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) est rempli mais pas le critère A1 (inattention) ».

## Annexe 2. Guide d'entretien semi-structuré

### Expérience :

- Quelle est votre sensibilisation à la notion de TDAH de l'adulte ?
- Quelle est votre expérience et votre pratique liées au TDAH de l'adulte ?
  - Relance 1 : Quelle expérience et quelle pratique de dépistage et de diagnostic avez-vous ?
  - Relance 2 : Quelle est votre expérience et votre pratique de la thérapeutique médicamenteuse ?
  - Relance 3 : Quelle est votre expérience et votre pratique de la prise en charge non médicamenteuse ?
  - Relance 4 : Comment votre prise en charge s'est-elle articulée dans le parcours de soins de vos patients ?

### Difficultés :

- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous identifiez dans votre pratique de la prise en charge du TDAH de l'adulte ?
  - Relance 1 : Quels éventuels freins liés au diagnostic avez-vous dans votre pratique ?
  - Relance 2 : Quels éventuels freins liés à la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse avez-vous dans votre pratique ?

### Besoins :

- Quels sont les besoins éventuels que vous entrevoyez dans votre pratique de la prise en charge du TDAH de l'adulte ?
  - Relance 1 : Quelles éventuelles formes d'aides ou encore d'outils pourraient-elles vous être utiles dans votre pratique ?
  - Relance 2 : Quels sont votre expérience et vos éventuels besoins liés à la formation sur ce trouble ?
- Qu'est ce qui pourrait vous faire augmenter ou non votre intérêt et votre activité dans le TDAH de l'adulte ?

### Point de vue :

- Quel est votre regard sur l'état en général de la prise en charge du TDAH de l'adulte par les praticiens en psychiatrie et en addictologie ?
- Quels sont en général selon vous les freins existants pour les praticiens et comment répondre selon vous à leurs besoins pour étendre et améliorer la prise en charge de ce trouble ?
- Que pensez-vous de la réglementation actuelle de prescription du méthylphénidate ?
  - Relance 1: Que pensez-vous de la limitation de la prescription initiale aux psychiatres, neurologues et pédiatres ?
  - Relance 2: Que pensez-vous de la non-inclusion dans les prescripteurs initiaux des addictologues non psychiatres, qui sont souvent confrontés au trouble ?

Fin de l'entretien : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

## BIBLIOGRAPHIE

1. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. *Arch Gen Psychiatry*. déc 1976;33(12):1453.
2. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* [En ligne]. déc 2010 [cité le 8 avr 2023];2(4):241-55. Disponible: <http://link.springer.com/10.1007/s12402-010-0045-8>
3. Rossini ED, O'Connor MA. Retrospective self-reported symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: reliability of the Wender Utah rating scale. *Psychol Rep*. déc 1995;77(3):751-4.
4. Moussa J. Prise en charge du TDAH (Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) de l'adulte par le médecin généraliste : une étude qualitative [En ligne]. Thèse de médecine. Université de Strasbourg; 2022, 167p. [cité le 8 avr 2023] Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2022/2022\\_MOUSSA\\_Jonathan.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_MOUSSA_Jonathan.pdf)
5. Lecendreux M, Konofal E, Faraone SV. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *J Atten Disord*. août 2011;15(6):516-24.
6. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. mars 2015;56(3):345-65.
7. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the World Health Organization world mental health surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* [En ligne]. mars 2017 [cité le 10 avr 2023];9(1):47-65. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325787/>
8. Caci HM, Morin AJS, Tran A. Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample. *J Nerv Ment Dis*. avr 2014;202(4):324-32.
9. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. févr 2006;36(2):159-65.
10. Moffitt TE, Houts R, Asherson P, Belsky DW, Corcoran DL, Hammerle M, et al. Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade

- longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry* [En ligne]. oct 2015 [cité le 12 avr 2023];172(10):967-77. Disponible:  
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>
11. Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *JAMA Psychiatry* [En ligne]. juill 2016 [cité le 12 avr 2023];73(7):713. Disponible:  
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2016.0465>
  12. Ilario C, Alt A, Bader M, Sentissi O. TDA/H, trouble de l'enfance ou de l'âge adulte ?. *L'Encéphale*. sept 2019;45(4):357-62.
  13. Larsson H, Dilshad R, Lichtenstein P, Barker ED. Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: genetic effects, family risk and associated psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. sept 2011;52(9):954-63.
  14. Weibel S, Menard O, Ionita A, Boumendjel M, Cabelguen C, Kraemer C, et al. Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *L'Encéphale* [En ligne]. févr 2020 [cité le 8 avr 2023];46(1):30-40. Disponible:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700619302507>
  15. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur psychiatr* [En ligne]. 2019 [cité le 8 avr 2023];56(1):14-34. Disponible:  
[https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S092493380000910X/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S092493380000910X/type/journal_article)
  16. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. sept 2006;256(S1):i26-31.
  17. Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. nov 2007;68(11):1776-84.
  18. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry* [En ligne]. août 2017 [cité le 10 avr 2023];17:302. Disponible:  
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1463-3>
  19. Brus MJ, Solanto MV, Goldberg JF. Adult ADHD vs. Bipolar disorder in the DSM-5 era: a challenging differentiation for clinicians. *J Psychiatr Pract*. nov 2014;20(6):428-37.

20. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* [En ligne]. avr 2006 [cité le 10 avr 2023];163(4):716-23. Disponible: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
21. Sternat T, Katzman MA. Neurobiology of hedonic tone: the relationship between treatment-resistant depression, attention-deficit hyperactivity disorder, and substance abuse. *Neuropsychiatr Dis Treat* [En ligne]. août 2016 [cité le 10 avr 2023];12:2149-64. Disponible: <https://www.dovepress.com/neurobiology-of-hedonic-tone-the-relationship-between-treatment-resist-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>
22. Bernardi S, Faraone SV, Cortese S, Kerridge BT, Pallanti S, Wang S, et al. The lifetime impact of attention-deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* [En ligne]. avr 2012 [cité le 10 avr 2023];42(4):875-87. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3383088/>
23. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Atten Defic Hyperact Disord*. mars 2015;7(1):27-38.
24. Díaz-Román A, Mitchell R, Cortese S. Sleep in adults with ADHD: systematic review and meta-analysis of subjective and objective studies. *Neurosci Biobehav Rev*. juin 2018;89:61-71.
25. Roy M, De Zwaan M, Tuin I, Philipsen A, Brähler E, Müller A. Association between restless legs syndrome and adult ADHD in a German community-based sample. *J Atten Disord*. févr 2018;22(3):300-8.
26. Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull-Erpelding MC, rédacteurs. *Mini DSM-5®: critères diagnostiques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS; 2016, 347 p.
27. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. févr 2005;35(2):245-56.
28. Brod M, Pohlman B, Lasser R, Hodgkins P. Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health Qual Life Outcomes* [En ligne]. mai 2012 [cité le 10 avr 2023];10:47. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489580/>
29. Mueller AK, Fuermaier ABM, Koerts J, Tucha L. Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* [En ligne]. sept 2012 [cité le 10 avr 2023];4(3):101-14. Disponible: <http://link.springer.com/10.1007/s12402-012-0085-3>

30. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* [En ligne]. sept 2021 [cité le 10 avr 2023];128:789-818. Disponible: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014976342100049X>
31. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* nov 2000;39(11):1432-7.
32. Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry* [En ligne]. avr 2019 [cité le 10 avr 2023];24(4):562-75. Disponible: <https://www.nature.com/articles/s41380-018-0070-0>
33. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry.* juin 2005;57(11):1313-23.
34. Li D, Sham PC, Owen MJ, He L. Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Hum Mol Genetics* [En ligne]. juill 2006 [cité le 10 avr 2023];15(14):2276-84. Disponible: <http://academic.oup.com/hmg/article/15/14/2276/2356050/Metaanalysis-shows-significant-association-between>
35. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr.* sept 2007;96(9):1269-74.
36. Stevens SE, Sonuga-Barke EJS, Kreppner JM, Beckett C, Castle J, Colvert E, et al. Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* avr 2008;36(3):385-98.
37. Coghill DR, Seth S, Matthews K. A comprehensive assessment of memory, delay aversion, timing, inhibition, decision making and variability in attention deficit hyperactivity disorder: advancing beyond the three-pathway models. *Psychol Med.* juill 2014;44(9):1989-2001.
38. Martinussen R, Hayden J, Hogg-Johnson S, Tannock R. A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* avr 2005;44(4):377-84.
39. Luman M, Tripp G, Scheres A. Identifying the neurobiology of altered reinforcement sensitivity in ADHD: A review and research agenda. *Neurosci Biobehav Rev.* avr 2010;34(5):744-54.
40. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LSJ, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in

- children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry* [En ligne]. avr 2017 [cité le 10 avr 2023];4(4):310-9. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5933934/>
41. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP, et al. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *Am J Psychiatry* [En ligne]. oct 2012 [cité le 10 avr 2023];169(10):1038-55. Disponible: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2012.11101521>
  42. Mongia M, Hechtman L. Cognitive behavior therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. *Curr Psychiatry Rep.* oct 2012;14(5):561-567.
  43. Jensen CM, Amdisen BL, Jørgensen KJ, Arnfred SMH. Cognitive behavioural therapy for ADHD in adults: systematic review and meta-analyses. *Atten Defic Hyperact Disord.* mars 2016;8(1):3-11.
  44. Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, Lischinsky AG, Cetkovich-Bakmas M, Rojas JI, et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [En ligne]. mars 2018 [cité le 10 avr 2023]; 3(3):CD010840. Disponible: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010840.pub2>
  45. CADDRA - Canadian ADHD Resource Alliance. Lignes directrices canadiennes pour le TDAH, édition 4.1 [En ligne] Toronto : CADDRA; 2020. [cité le 10 avr 2023]. Disponible : <https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-French-4.1.pdf>
  46. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management [En ligne]. Londres : NICE; 2018. [cité le 10 avr 2023]. Disponible : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
  47. Cortese S, Adamo N, Giovane CD, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* [En ligne]. sept 2018 [cité le 10 avr 2023];5(9):727-738. Disponible: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30269-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30269-4/fulltext)
  48. Lexicomp. Lisdexamfetamine: drug information. [En ligne]. [cité le 10 avr 2023]. Disponible : <https://www.uptodate.com/contents/lisdexamfetamine-drug-information>
  49. European Medicines Agency. List of nationally authorised medicinal products : lisdexamfetamine. [En ligne]. Mis à jour 29 Septembre 2022 [cité le 10 avr 2023]. Disponible : [https://www.ema.europa.eu/en/documents/psusa/lisdexamfetamine-list-nationally-authorized-medicinal-products-psusa/00010289/202202\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/psusa/lisdexamfetamine-list-nationally-authorized-medicinal-products-psusa/00010289/202202_en.pdf)

50. Collège National de Pharmacologie Médicale. Methylphénidate. [En ligne]. [cité le 10 avr 2023]. Disponible : <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/methylphenidate>
51. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France. [En ligne]. Publié 2017, mis à jour 2021 [cité le 10 avr 2023]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/04/07/rapport-methylphenidate-vf.pdf>
52. Mick E, McManus DD, Goldberg RJ. Meta-analysis of increased heart rate and blood pressure associated with CNS stimulant treatment of ADHD in adults. *Eur Neuropsychopharmacol* [En ligne]. juin 2013 [cité le 10 avr 2023];23(6):534-41. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488604/>
53. Westover AN, Halm EA. Do prescription stimulants increase the risk of adverse cardiovascular events ? : a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord* [En ligne]. déc 2012 [cité le 10 avr 2023];12(1):41. Disponible: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2261-12-41>
54. Schelleman H, Bilker WB, Kimmel SE, Daniel GW, Newcomb C, Guevara JP, et al. Methylphenidate and risk of serious cardiovascular events in adults. *Am J Psychiatry* [En ligne]. févr 2012 [cité le 10 avr 2023];169(2):178-85. Disponible: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2011.11010125>
55. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit : Ritaline LP 10mg. [En ligne]. Mis à jour le 12 octobre 2022 [cité le 10 avr 2023]. Disponible : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
56. Porteret R, Bouchez J, Baylé FJ, Varescon I. L'impulsivité dans le TDAH : prévalence des troubles du contrôle des impulsions et autres comorbidités, chez 81 adultes présentant un trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H). *L'Encéphale*. avr 2016;42(2):130-7.
57. Kaisari P, Dourish CT, Higgs S. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and disordered eating behaviour: a systematic review and a framework for future research. *Clin Psychol Rev* [En ligne]. avr 2017 [cité le 10 avr 2023];53:109-21. Disponible: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027273581630232X>
58. Van Emmerik-van Oortmerssen K, Van De Glind G, Van Den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*. avr 2012;122(1-2):11-9.
59. Van De Glind G, Konstenius M, Koeter MWJ, Van Emmerik-van Oortmerssen K, Carpentier PJ, Kaye S, et al. Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug Alcohol Depend* [En ligne]. janv 2014 [cité le

- 10 avr 2023];134:158-66. Disponible:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871613004055>
60. Van Kernebeek MW, Vorspan F, Crunelle CL, Van Den Brink W, Dom G, Moggi F, et al. Consensus International sur le dépistage, le diagnostic et le traitement des patients avec troubles de l'usage de substances en cas de comorbidité avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. *Toxicol Anal Clin* [En ligne]. juin 2022 [cité le 10 avr 2023];34(2):55-67. Disponible:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S235200782200018X>
  61. Wilens TE, Kwon A, Tanguay S, Chase R, Moore H, Faraone SV, et al. Characteristics of adults with attention deficit hyperactivity disorder plus substance use disorder: the role of psychiatric comorbidity. *Am J Addict*. janv 2005;14(4):319-27.
  62. Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 2011;50(1):9-21.
  63. Fatséas M, Hurmic H, Serre F, Debrabant R, Daulouède JP, Denis C, et al. Addiction severity pattern associated with adult and childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Res*. déc 2016;246:656-62.
  64. Wilens TE, Vitulano M, Upadhyaya H, Adamson J, Sawtelle R, Utzinger L, et al. Cigarette smoking associated with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Pediatr* [En ligne]. sept 2008 [cité le 10 avr 2023];153(3):414-9. Disponible:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2559464/>
  65. Wilson JJ, Levin FR. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep*. nov 2001;3(6):497-506.
  66. Mariani JJ, Levin FR. Treatment strategies for co-occurring ADHD and substance use disorders. *Am J Addict* [En ligne]. Janv 2007 [cité le 10 avr 2023];16(s1):45-56. Disponible:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2676785/>
  67. Levin FR, Upadhyaya HP. Diagnosing ADHD in adults with substance use disorder: DSM-IV criteria and differential diagnosis. *J Clin Psychiatry*. juill 2007;68(7):e18.
  68. Dakwar E, Levin FR, Olfson M, Wang S, Kerridge B, Blanco C. First treatment contact for ADHD: predictors of and gender differences in treatment seeking. *Psychiatr Serv* [En ligne]. déc 2014 [cité le 10 avr 2023];65(12):1465-73. Disponible:  
<http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201300298>
  69. Martinez-Raga J, Szerman N, Knecht C, De Alvaro R. Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition. *Int J Adolesc Med Health*. sept 2013;25(3):231-43.

70. McCann BS, Simpson TL, Ries R, Roy-Byrne P. Reliability and validity of screening instruments for drug and alcohol abuse in adults seeking evaluation for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am J Addict.* janv 2000;9(1):1-9.
71. Zulauf CA, Sprich SE, Safren SA, Wilens TE. The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep* [En ligne]. mars 2014 [cité le 10 avr 2023];16(3):436. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4414493/>
72. Van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ, Blankers M, Dekker JJM, Van Den Brink W, et al. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: results of a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend.* avr 2019;197:28-36.
73. Wilens TE, Morrison NR. Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment. *Neuropsychiatry (London)* [En ligne]. août 2012 [cité le 10 avr 2023];2(4):301-12. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480177/>
74. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K, Vaaler A, Nordahl HM. Prevalence of comorbid substance use disorder during long-term central stimulant treatment in adult ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord.* mars 2013;5(1):59-67.
75. Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [En ligne]. juill 2013 [cité le 10 avr 2023];70(7):740. Disponible: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2013.1273>
76. Klassen LJ, Bilkey TS, Katzman MA, Chokka P. Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations. *Curr Drug Abuse Rev.* oct 2012;5(3):190-8.
77. Cunill R, Castells X, Tobias A, Capellà D. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder with co-morbid drug dependence. *J Psychopharmacol.* janv 2015;29(1):15-23.
78. Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Guterstam J, Beck O, Philips B, Franck J. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction* [En ligne]. mars 2014 [cité le 10 avr 2023];109(3):440-9. Disponible: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12369>
79. Tamm L, Trello-Rishel K, Riggs P, Nakonezny PA, Acosta M, Bailey G, et al. Predictors of treatment response in adolescents with comorbid substance use disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Subst Abuse Treat* [En ligne]. févr 2013 [cité le 10 avr

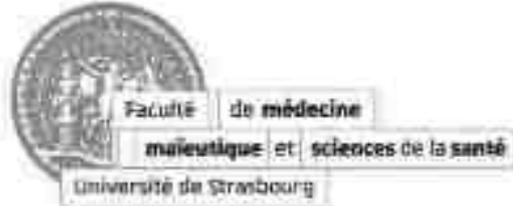
- 2023];44(2):224-30. Disponible: [https://www.jsatjournal.com/article/S0740-5472\(12\)00118-3/fulltext](https://www.jsatjournal.com/article/S0740-5472(12)00118-3/fulltext)
80. Wilens TE, Adler LA, Weiss MD, Michelson D, Ramsey JL, Moore RJ, et al. Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend.* Juill 2008;96(1-2):145-54.
  81. Skoglund C, Brandt L, Almqvist C, D'Onofrio BM, Konstenius M, Franck J, et al. Factors associated with adherence to methylphenidate treatment in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *J Clin Psychopharmacol* [En ligne]. juin 2016 [cité le 10 avr 2023];36(3):222-8. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4837023/>
  82. Clemow DB, Walker DJ. The potential for misuse and abuse of medications in ADHD: a review. *Postgrad Med.* sept 2014;126(5):64-81.
  83. Maier LJ, Liechti ME, Herzig F, Schaub MP. To dope or not to dope: neuroenhancement with prescription drugs and drugs of abuse among Swiss university students. *PLoS One* [En ligne]. nov 2013 [cité le 10 avr 2023];8(11):e77967. Disponible: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0077967>
  84. Guerra C, Soeiro T, Lacroix C, Jouve E, Micallef J, Frauger E. Augmentation de l'abus de méthylphénidate : repérage et profils sur 13 années. *Thérapies.* nov 2022;77(6):713-21.
  85. Cassidy TA, Varughese S, Russo L, Budman SH, Eaton TA, Butler SF. Nonmedical use and diversion of ADHD stimulants among U.S. adults ages 18-49: a national internet survey. *J Atten Disord.* juill 2015;19(7):630-40.
  86. Landman P. La fausse épidémie de TDAH. *Études* [En ligne]. Nov 2018 [cité le 10 avr 2023]; (11):53-64. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-etudes-2018-11-page-53.htm>
  87. Lazaratou H, Golse B. L'hyperactivité, entre biologie et culture : Les variations géographiques, temporelles et culturelles du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. *Psychiatrie de l'enfant* [En ligne]. juin 2018 [cité le 10 avr 2023];61(1):179-98. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2018-1-page-179.htm>
  88. Renard U. L'invention de l'hyperactivité : quand le test confirme la nosographie et vice-versa. *Figures psychanalyse* [En ligne]. 2012 [cité le 10 avr 2023];24(2):87-97. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2012-2-page-87.htm>
  89. Asherson P, Buitelaar J, Faraone SV, Rohde LA. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *Lancet Psychiatry.* juin 2016;3(6):568-78.

90. Lebowitz MS. Stigmatization of ADHD: a developmental review. *J Atten Disord.* mars 2016;20(3):199-205.
91. Hinshaw SP, Scheffler RM, Fulton BD, Aase H, Banaschewski T, Cheng W, et al. International variation in treatment procedures for ADHD: social context and recent trends. *Psychiatr Serv* [En ligne]. mai 2011 [cité le 10 avr 2023];62(5):459-64. Disponible: [http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.5.pss6205\\_0459](http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.5.pss6205_0459)
92. Asherson P, Akehurst R, Kooij JJS, Huss M, Beusterien K, Sasané R, et al. Under diagnosis of adult ADHD: cultural influences and societal burden. *J Atten Disord.* juill 2012;16(5s):20S-38S.
93. Taylor E. Attention deficit hyperactivity disorder: overdiagnosed or diagnoses missed?. *Arch Dis Child.* avr 2017;102(4):376-9.
94. Treuer T, Chan KLP, Kim BN, Kunjithapatham G, Wynchank D, Semerci B, et al. Lost in transition: a review of the unmet need of patients with attention deficit/hyperactivity disorder transitioning to adulthood. *Asia Pac Psychiatry.* juin 2017;9(2):e12254.
95. Fourneret P, Zimmer L, Rolland B. How to improve in France ADHD transition support from childhood to adulthood. *L'Encéphale.* juin 2021;47(3):187-8.
96. Raman SR, Man KKC, Bahmanyar S, Berard A, Bilder S, Boukhris T, et al. Trends in attention-deficit hyperactivity disorder medication use: a retrospective observational study using population-based databases. *Lancet Psychiatry.* oct 2018;5(10):824-35.
97. ADHD Europe, Stivala C. Diagnostic et traitement du TDAH en Europe. [En ligne]. Publié en 2021 [cité le 10 avr 2023]. Disponible : <https://adhdeurope.eu/wp-content/uploads/Diagnostic-et-traitement-du-TDAH-en-Europe-Enquete-2020-V-Finale.pdf>
98. Gétin C, Delivré-Melhorn J, Païs G, Romo L, HyperSupers - TDAH France, CLIPSYD de l'Université Paris-Nanterre. The complex journey of an ADHD diagnosis in adulthood for french nationals. [En ligne]. Publié mai 2021 [cité le 10 avr 2023]. Disponible : [https://www.tdah-france.fr/IMG/pdf/hypersupers-adults-survey\\_poster.pdf](https://www.tdah-france.fr/IMG/pdf/hypersupers-adults-survey_poster.pdf)
99. Haute Autorité de Santé. Note de cadrage trouble du neurodéveloppement/TDAH : repérage, diagnostic et prise en charge des adultes. [En ligne]. Publié nov 2021 [cité le 10 avr 2023]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/pre\\_mel\\_reco450\\_tdah\\_adulte\\_cadrage.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/pre_mel_reco450_tdah_adulte_cadrage.pdf)
100. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence, Avis, 17 novembre 2021 : Ritaline LP. [En ligne]. [cité le 10 avr 2023]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-19405\\_RITALINE%20LP\\_PIC\\_EI\\_AvisDef\\_CT19405.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-19405_RITALINE%20LP_PIC_EI_AvisDef_CT19405.pdf)

101. ANSM. Médicaments à base de Méthylphénidate (Concerta LP®, Ritaline®, Ritaline LP®, Medikinet®, Quasym LP® et génériques) : modification des conditions de prescription et de délivrance. [En ligne]. Publié sept 2021. [cité le 10 avr 2023]. Disponible : [https://www.meddispar.fr/content/download/21374/590600/version/1/file/20210921\\_ansm\\_methylphenidate.pdf](https://www.meddispar.fr/content/download/21374/590600/version/1/file/20210921_ansm_methylphenidate.pdf)
  
102. Ministère de la Santé et de la Prévention. Arrêté du 2 juin 2022 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. Journal officiel, n°0131 du 8 juin 2022, texte 26.
  
103. Haute Autorité de Santé. Avis sur les médicaments : Medikinet 5mg, 10mg, 20mg, 30mg et 40mg, nouvelle indication. [En ligne]. Publié fevr 2023. [cité le 10 avr 2023]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-20134\\_MEDIKINET\\_PIC\\_EI\\_AvisDef\\_CT20134.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-20134_MEDIKINET_PIC_EI_AvisDef_CT20134.pdf)
  
104. Haute Autorité de Santé. Avis sur les médicaments : Concerta LP 18 mg, 36 mg et 54 mg, nouvelle indication. [En ligne]. Publié fevr 2023. [cité le 10 avr 2023]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-20078\\_CONCERTA\\_LP\\_PIC\\_EI\\_AvisDef\\_CT20078.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-20078_CONCERTA_LP_PIC_EI_AvisDef_CT20078.pdf)
  
105. Barbaresi WJ, Weaver AL, Voigt RG, Killian JM, Katusic SK. Comparing methods to determine persistence of childhood ADHD into adulthood: a prospective, population-based study. *J Atten Disord* [En ligne]. avr 2018 [cité le 10 avr 2023];22(6):571-80. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6203296/>
  
106. Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya HP. Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord* [En ligne]. juin 2014 [cité le 10 avr 2023];16(3). Disponible: <http://www.psychiatrist.com/pcc/article/pages/2014/v16n03/13r01600.aspx>
  
107. Universités de Strasbourg, Lille, Lyon. Diplôme interuniversitaire Le Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH) à tous les âges. [En ligne]. [cité le 10 avr 2023]. Disponible : [https://sfc.unistra.fr/formations/sante-psychiatrie\\_-\\_psychiatrie-adultes\\_-\\_diplome-interuniversitaire-le-trouble-deficit-de-lattention-hyperactivite-tdah-a-tous-les-ages\\_-\\_3182/](https://sfc.unistra.fr/formations/sante-psychiatrie_-_psychiatrie-adultes_-_diplome-interuniversitaire-le-trouble-deficit-de-lattention-hyperactivite-tdah-a-tous-les-ages_-_3182/)
  
108. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff : Armand Colin ; 2016, 329p. (U : Sociologie).
  
109. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [En ligne]. sept 2007 [cité le 11 avr 2023];19(6):349-57. Disponible: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzm042>
  
110. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: a synthesis of recommendations. *Acad Med* [En ligne]. sept 2014 [cité

- le 11 avr 2023];89(9):1245-51. Disponible: <http://journals.lww.com/00001888-201409000-00021>
111. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives* [En ligne]. 2006 [cité le 11 avr 2023];26(2):1. Disponible: <http://id.erudit.org/iderudit/1085369ar>
112. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 1 - Choisir une approche d'analyse qualitative. Dans: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* [En ligne]. Paris : Armand Colin; 2012 [cité le 11 avr 2023]. p. 13-32. (Collection U). Disponible: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-p-13.htm>
113. Romo L, Ladner J, Kotbagi G, Morvan Y, Saleh D, Tavolacci MP, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and addictions (substance and behavioral): prevalence and characteristics in a multicenter study in France. *J Behav Addict* [En ligne]. juill 2018 [cité le 13 avr 2023];7(3):743-51. Disponible: <https://akjournals.com/view/journals/2006/7/3/article-p743.xml>

# DÉCLARATION 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 : WAENTZ Prénom : Jean-Rémy

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'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

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

Signature originale :

à Strasbourg, le 6 avril 2023

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

## RÉSUMÉ :

Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est une pathologie fréquente persistant souvent à l'âge adulte, objet d'un fort retentissement, et souvent associée à de nombreuses comorbidités dont les conduites addictives. Malgré des évolutions réglementaires récentes favorables, l'offre de soins pour le TDAH de l'adulte en France est encore largement insuffisante en psychiatrie et en addictologie, alors que l'on observe un intérêt grandissant pour le trouble ainsi qu'une forte demande de prise en charge. Nous avons réalisé une étude qualitative dont l'objectif était de comprendre le vécu et l'expérience de psychiatres et d'addictologues non experts dans la prise en charge du TDAH chez l'adulte afin de pouvoir en identifier les besoins pour s'impliquer pleinement dans les soins.

Nous avons mené une analyse qualitative d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de psychiatres libéraux ou hospitaliers, et d'addictologues de formation psychiatrique ou somatique.

Vingt praticiens dont 16 psychiatres ou addictologues psychiatres et 4 addictologues somaticiens ont participé, permettant d'identifier la prise en charge chez l'adulte comme un défi légitime dans une période de transition vers son ouverture, reconnue comme nécessaire. Il s'agissait d'une rencontre entre un trouble complexe, une faible compétence ressentie montrant le besoin de formation, et une pression grandissante de la demande de prise en charge. Cette dernière a mené les praticiens à s'adapter puis à pratiquer par tâtonnements, pouvant dépasser des limites et préconceptions antérieures notamment grâce à des preuves empiriques résultant de leur pratique clinique.

Une refonte du parcours de soins et un investissement de tous semblent indispensables à l'implication pleine des praticiens. Des outils et mesures d'aide sont réalisables à cet effet, comme la discussion d'une ouverture de prescription initiale du traitement de référence aux addictologues somaticiens ou la réalisation de groupes d'intervision qui s'inscrivent dans un réseau de pairs et d'experts.

---

Rubrique de classement : Psychiatrie

---

Mots-clés : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité; TDAH adulte; Prise en charge; Expérience; Besoins; Parcours de soins; Addictologie; Recherche qualitative.

---

Président : Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

Assesseurs : Madame la Professeure Laurence LALANNE  
Monsieur le Docteur Sébastien WEIBEL

---

Adresse de l'auteur :

Faculté de Médecine de Strasbourg, 4 rue Kirschleger, 67000 Strasbourg, France