

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Repérage du TDAH chez les patients adultes consommateurs de substances
psychoactives par le médecin généraliste dans la région des Hauts-de-
France**

Présentée et soutenue publiquement le 18/01/2023 à 18h00
au Pôle Formation
par **Alexia RIBSTEIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Madame le Docteur Anne BENARD

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Louise CARTON

Table des matières

<i>Abréviations</i>	3
<i>Résumé</i>	4
<i>Introduction</i>	5
1. Généralités sur le TDAH de l'adulte.....	5
2. Notions d'addictologie	7
3. La pathologie duelle TDAH-TLUS	9
4. Le médecin généraliste au cœur de la prévention et du dépistage	10
5. Objectifs de l'étude	11
<i>Matériels et méthodes</i>	13
1. Type d'étude.....	13
2. Population	13
3. Recrutement.....	14
4. Recueil des données.....	15
5. Analyse des données	15
6. Aspects éthiques et règlementaires	16
<i>Résultats</i>	18
1. Les caractéristiques de l'échantillon.....	18
2. Modèle explicatif : complexité et exigences du repérage du TDAH chez les adultes consommateurs de SPA	20

Discussion.....	40
1. Résultat principal	40
2. Les forces et limites de l'étude.....	43
3. Les perspectives, comment faire évoluer notre schéma ?	46
Conclusion	56
Bibliographie	57
Annexe 1 - Échelle WFIRS-S	63
Annexe 2 - Grille d'entretien.....	65
1. Questions principales	65
2. Grille avec relances intermédiaires possibles :.....	65
3. Les modifications principales effectuées avec le temps :.....	67
Annexe 3 - Formulaire de consentement.....	68
Annexe 4 - Échelle ASRS v1.1	69
Annexe 5 - Verbatim des entretiens.....	71

Abréviations

ALD : affection de longue durée

AMM : autorisation de mise sur le marché

ASRS : *ADHD Self-Report Scale*

DES : diplôme d'études spécialisées

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DPO : *data protection officer*

DSM : *diagnostic and statistical manual of mental disorders*

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : médecin généraliste

MSU : maitre de stage universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : prise en charge

SIC : *sic erat scriptum*

SPA : substances psychoactives

TDAH : trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TLUS : trouble lié à l'usage de substances

WURS : *Wender Utah Rating Scale*

WFIRS : *Weiss Functional Impairment Rating-scale Self report*

Résumé

Introduction : Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) de l'adulte est un trouble fréquent, méconnu, sous-diagnostiqué, avec un impact fonctionnel d'intensité variable. Un trouble lié à l'usage de substances (TLUS) y est fréquemment associé et peut faire suspecter le diagnostic chez un patient adulte. Le médecin généraliste (MG), en tant que médecin de proximité, est en première ligne pour repérer le TDAH de l'adulte. L'objectif de cette étude était d'étudier les attitudes des MG des Hauts-De-France vis à vis du repérage du TDAH chez les patients adultes consommateurs de substances psychoactives (SPA).

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 15 MG des Hauts-de-France. Elle s'est inspirée de la méthode de la théorisation ancrée et a abouti à la production d'un schéma explicatif. Les données ont été analysées par codage et triangulées. La saturation des données a été atteinte.

Résultats : Le repérage du TDAH chez les patients adultes consommateurs de SPA par le MG n'était pas courant. La connaissance du TDAH de l'adulte et de l'association TDAH/TLUS par les MG était aléatoire, tributaire d'un apprentissage empirique. L'intérêt de resserrer les liens avec le spécialiste et de développer des échanges qualitatifs semblait primordial. Une amélioration de la visibilité du parcours de soins post-repérage était également sollicitée. Les MG interrogés manifestaient toutefois leur intérêt pour le sujet et signifiaient vouloir agir dans l'intérêt premier du patient.

Conclusion : Le TDAH de l'adulte est globalement mal connu des MG. Les principaux défis à mener concernent le développement de la formation des MG et l'amélioration de la coordination entre professionnels de soins primaires et spécialistes.

Introduction

1. Généralités sur le TDAH de l'adulte

a. Définition, caractérisation et prévalence

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est défini selon la cinquième version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) comme un trouble neurodéveloppemental survenant dans l'enfance et caractérisé par une triade de symptômes associant de manière variable un déficit attentionnel, une hyperactivité motrice et une impulsivité (1).

Il s'agit d'un trouble fréquent, complexe, méconnu, difficile à repérer en raison de sa présentation clinique variable mais dont la prise charge est essentielle pour toute personne qui en souffre. Les données concernant la prévalence du TDAH de l'adulte sont hétérogènes, celle-ci est néanmoins estimée à environ 2 à 4 % (2–4). Une persistance des symptômes de TDAH à l'âge adulte est observée dans 30 à 60 % des cas. L'impact fonctionnel du TDAH est variable en fonction des sujets et son évaluation au cours des entretiens peut s'appuyer sur des échelles telles que la *Weiss Functional Impairment Rating-scale Self report* (WFIRS) (2,5) (annexe 1). Cette échelle évalue le retentissement dans les différents champs de la vie du sujet. Le TDAH de l'adulte peut se compliquer de nombreuses comorbidités, psychiatriques ou non psychiatriques (6). Il augmente notamment le risque accidentogène, le taux de mortalité, le risque d'addictions précoces, de rejet professionnel, de suicide et de précarité (2,7).

Alors que le repérage et la prise en charge du TDAH de l'enfant ont fait l'objet de nombreux progrès en France et en Europe, la reconnaissance du TDAH de l'adulte en est à ses balbutiements bien qu'on ait pu assister à certaines avancées récentes.

Longtemps considéré comme un trouble limité à l'enfant, la forme de l'adulte est méconnue et largement sous-diagnostiquée (8). Des changements importants sont toutefois en cours et la recherche et les consultations spécialisées ont vocation à se développer (2). En France, la prise en charge pharmacologique a récemment fait l'objet de modifications réglementaires : avant avril 2021, aucune spécialité n'avait encore d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en initiation dans le TDAH de l'adulte (9). En avril 2021, la RITALINE® LP a obtenu une AMM dans cette indication (10,11), suivie du CONCERTA®(12) en juin 2022 et du MEDIKINET®(13) en octobre 2022. Néanmoins, les modalités de remboursement de ces deux dernières spécialités ne sont pas encore fixées.

b. Un repérage peu fréquent en médecine générale

En l'absence d'élément évocateur d'un TDAH dans l'enfance, il peut s'avérer difficile pour le MG de penser au diagnostic à l'âge adulte.

Les difficultés à reconnaître les symptômes non spécifiques et trans-nosographiques du TDAH expliquent le délai très souvent conséquent avant diagnostic (2). Cette difficulté est également présente en consultation de psychiatrie mais semble accentuée en médecine générale où les motifs de consultation sont multiples. De plus, la formation médicale théorique a éludé pendant longtemps la forme de l'adulte, sans aborder l'existence d'outils de repérage dédiés. En effet, la formation médicale théorique et les référentiels insistent peu sur le trouble de l'adulte et les MG semblent être insuffisamment sensibilisés à cette problématique.

A titre d'exemple, on peut constater que le référentiel de psychiatrie du collège national des enseignants dans sa seconde version datant de 2016 n'évoquait pas le TDAH de l'adulte et classait même le TDAH dans les « troubles spécifiques à l'enfant et l'adolescent » alors que sa prévalence dépasse largement celle d'autres pathologies faisant l'objet d'une description plus exhaustive (14). La dernière et troisième version de ce référentiel parue en janvier 2021 revient sur cette présentation et classe désormais le TDAH dans le paragraphe « troubles débutant généralement dans l'enfance et l'adolescence » et évoque également la persistance du trouble dans 2/3 des cas (15).

La thèse de médecine générale et revue de la littérature d'E.Zahonero traitant du repérage du TDAH de l'adulte en médecine générale (16) a conclu au rôle crucial que devrait avoir le MG dans le repérage du TDAH de l'adulte tout en soulignant le manque accru de sensibilisation à ce sujet et les difficultés liées à la présentation variable du TDAH chez l'adulte. Le champ d'investigation du MG est vaste et le repérage difficile à initier dans ce contexte, sans point de repère évident (16).

2. Notions d'addictologie

L'addiction peut être définie comme l'impossibilité de contrôler un comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives (15). Le comportement peut être la consommation de substances psychoactives (SPA), mais il existe également des addictions sans substances, encore appelées addictions comportementales (15). A noter qu'il est possible d'avoir une consommation de SPA qui ne réponde pas aux critères de l'addiction.

Les SPA sont des substances qui, par définition, peuvent par leurs effets altérer l'état de conscience, l'humeur, et les pensées de ceux qui les consomment. Elles

comprennent des substances licites, comme le tabac et l'alcool, ainsi que des produits illicites, tels que le cannabis, les amphétamines, l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne (17). Certains médicaments présentent également un tropisme psychoactif et peuvent faire l'objet d'un mésusage et d'une pharmacodépendance, tels que les benzodiazépines et les médicaments opioïdes (18,19).

La classification des conduites addictives dans le DSM a évolué ces dernières années. En effet, alors qu'en 2013, le DSM-IV définissait les concepts d'abus et de dépendance, le DSM-5 a remplacé ces notions en les réunissant dans une seule dimension, le trouble lié à l'usage de substances (TLUS) avec 3 niveaux de sévérité en fonction du nombre de critères sur onze critères diagnostiques (20):

- TLUS léger : 2 ou 3 critères
- TLUS modéré : 4 ou 5 critères.
- TLUS sévère : 6 ou plus.

Selon la classification internationale des maladies (CIM), on distingue :

- Le non-usage, qui correspond à l'absence de consommation
- L'usage simple, défini uniquement pour l'alcool, qui correspond à l'usage d'alcool sans qu'il ne revête de caractère pathologique
- Le mésusage, qui correspond à toute conduite de consommation caractérisée par l'existence de risques et/ou de de dommage et/ou de dépendance. Pour toutes les SPA à l'exception de l'alcool et des médicaments, tout usage correspond à un mésusage (15).

Le terme de consommation de SPA ou d'usage de substances ne préjuge pas de l'existence ou non d'une addiction ni de l'intensité de celle-ci. Il présente un risque d'évolution vers le TLUS dans certaines situations et chez les individus à risque.

C'est ce dernier terme de consommation de SPA que nous avons choisi d'utiliser dans notre question de recherche dans un souci de simplification de l'intitulé et de compréhension orale.

3. La pathologie duelle TDAH-TLUS

Dans cette étude, nous avons souhaité traiter du repérage du TDAH de l'adulte par le MG à travers le prisme des consommations de SPA. Cette partie a vocation à en exposer les principales motivations.

Le TDAH est associé à un risque majoré de développer un trouble addictif : 1,5 à 6 fois plus que la population générale selon les substances considérées (4). On estime qu'entre 7 et 35 % des patients pris en charge en addictologie seraient atteints d'un TDAH (4,21). Une étude réalisée en population générale retrouvait un risque augmenté de TLUS chez les adultes présentant un TDAH, avec un risque relatif allant de 1,3 pour la consommation de tabac à 3,6 pour une dépendance à l'alcool (2). Plusieurs études ont retrouvé une prévalence vie entière d'abus d'alcool chez 47% et une prévalence de dépendance à l'alcool actuelle chez 21% des patients souffrant de TDAH. Inversement, la prévalence du TDAH chez les patients souffrant d'alcoolodépendance serait comprise entre 23% et 33% des patients pris en charge en addictologie pour cette problématique (2,22,23). La prévalence du tabagisme chez les adultes souffrant d'un TDAH serait de 40 % contre 26 % en population générale (24). Les adultes atteints de TDAH consomment également fréquemment du cannabis. Une des hypothèses explicatives avancées est qu'ils rechercheraient les effets immédiats de cette substance sur les symptômes d'hyperactivité (2). Par ailleurs, une notion d'«automédication» (2) à but d'optimisation cognitive serait retrouvée chez les usagers

de drogues stimulantes telles que les amphétamines et la cocaïne, avec un effet recherché dit paradoxal, comme par exemple l'apaisement et la concentration (2). Dernièrement cette hypothèse est aujourd'hui plus discutée voire remise en question (21).

Le TDAH présente une influence importante sur le développement et l'évolution des TLUS. En effet, il est considéré comme un facteur prédictif de rechutes plus fréquentes, de chronicité et de sévérité de la pathologie addictologique (21). De plus, il est associé à un âge de début des consommations des SPA plus précoce (2,21).

Plusieurs études soulignent l'intérêt majeur de repérer un TDAH dans cette population à risque (2,21). En effet, la détection précoce et la prise en charge du TDAH permettraient, via une prise en charge combinée, d'amplifier l'efficacité du traitement des addictions et faciliteraient les périodes d'abstinence (21).

4. Le médecin généraliste au cœur de la prévention et du dépistage

a. Le médecin généraliste, un professionnel de premier recours

Le MG a pour rôle de repérer les troubles addictologiques dans la population et de réaliser des interventions brèves. Il est dans bien des cas, un interlocuteur privilégié et le premier contact avec le milieu des soins. Les motifs de consultations autour des consommations de SPA sont également fréquents en médecine générale. De nombreux MG interrogent systématiquement l'existence d'éventuelles consommations de SPA à l'occasion de la première rencontre avec un patient, au moment de l'ouverture du dossier médical.

Le MG est en ce sens un professionnel de santé de première ligne pour repérer un TDAH chez les patients consommateurs de SPA.

b. Les enjeux actuels du repérage du TDAH de l'adulte en soins primaires

En regard des difficultés d'accès aux rares consultations spécialisées et des délais d'attente de plus en plus longs, des études récentes plaident pour le développement du repérage du TDAH en soins primaires (2,22). En tant que médecin de proximité et professionnel de premier recours, le MG a une place de choix dans les défis qu'il reste à mener.

Dans une note de cadrage publiée en novembre 2021, la Haute autorité de santé (HAS), sollicitée récemment par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'association de patients hyper-supers-TDAH, projette de rédiger pour la première fois des recommandations de bonne pratique concernant le repérage et la prise en charge du TDAH de l'adulte (25). Un des objectifs présentés vise à une optimisation de la sensibilisation des professionnels de soins primaires (dont les MG). Ce travail constitue un pas supplémentaire vers une reconnaissance du trouble de l'adulte et de son impact en santé publique.

5. Objectifs de l'étude

Dans ce contexte, cette thèse avait pour but d'étudier pour la première fois sous forme d'une étude de pratiques les attitudes des MG vis-à-vis du repérage du TDAH chez les patients adultes consommateurs de SPA. Il n'existe pas d'étude similaire préexistante dans la littérature. Or, le développement du repérage du TDAH de l'adulte en médecine de ville pourrait être à l'origine de bénéfices significatifs pour les patients en termes de diminution des comorbidités et d'amélioration du pronostic addictologique.

L'objectif principal de ce travail était ainsi d'étudier les habitudes des MG des Hauts-de-France en termes de repérage du TDAH chez les patients adultes consommateurs de SPA.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les exigences et les limites du repérage ainsi que les améliorations nécessaires à son développement en médecine générale.

Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Pour répondre à ces objectifs, une étude observationnelle, qualitative via des entretiens individuels semi-dirigés a été menée. Elle s'est inspirée de la méthode de la théorisation ancrée (26). L'objectif ultime de la méthode de théorisation ancrée est de produire sous forme de proposition synthétique des résultats susceptibles d'être utiles aux soins. Sur un plan plus technique, il s'agit de construire un modèle explicatif permettant un éclairage de la problématique (26). La théorisation ancrée utilise le principe de l'échantillonnage théorique que nous définirons plus tard. Ce type de recherche permet d'appréhender des phénomènes qu'on ne peut pas mesurer facilement de manière objective. Il vise à une compréhension de sujets dits complexes, ou peu connus (26).

2. Population

a. Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de cette étude étaient :

- Être MG
- Avoir réalisé sa thèse de médecine générale
- Être installé ou avoir un statut de médecin collaborateur
- Exercer en libéral dans la région des Hauts-de-France.

b. Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de cette étude étaient :

- Être interne en médecine générale, être MG non thésé
- Être médecin remplaçant

3. Recrutement

Un échantillonnage raisonné théorique a été réalisé permettant une adaptation permanente au phénomène étudié. Son principe, utilisé en recherche qualitative s'oppose à l'échantillonnage aléatoire par tirage au sort communément utilisé en recherche quantitative dont l'objectif est de prélever un échantillon représentatif de la population étudiée. En effet, en recherche qualitative l'objectif est de « prélever un échantillon utile à l'étude du phénomène étudié ». L'échantillonnage va donc servir à « sélectionner des participants permettant certains éclairages du phénomène et reflétant une diversité d'expériences »(26). Le nombre de participants ne peut être déterminé à l'avance. L'échantillonnage se réfère au principe de saturation des données soit le moment de l'analyse ou il est constaté l'absence d'émergence de nouvelle catégorie, et l'absence d'émergence de nouvelle propriété venant caractériser de manière inédite une catégorie préexistante. Le recrutement s'est fait selon un processus constant et progressif, utilisant parfois l'effet boule de neige, soit le fait qu'un participant à l'étude transmette à l'investigateur les coordonnées du participant suivant. Les médecins interrogés étaient contactés par téléphone ou e-mail afin de leur proposer de participer à l'étude. S'ils étaient d'accord, nous convenions d'un rendez-vous présentiel ou via un logiciel de visioconférence.

Le titre exact de la question de recherche n'était pas transmis pour ne pas influencer le contenu des entretiens. Seule l'étude du TDAH de l'adulte était évoquée au moment de la prise de contact initiale avec les médecins interrogés, tandis que la découverte de la question exacte avait lieu au moment de l'entretien.

4. Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés avec « back-up » soit avec deux moyens d'enregistrement simultanés (fonction enregistrement de l'ordinateur et dictaphone) afin d'éviter la perte de données. Ils ont été menés à l'aide d'une trame de 10 questions ouvertes (annexe 2) rédigée en amont et soumise à des modifications au fur et à mesure des résultats.

La majorité des entretiens a eu lieu au cabinet médical des médecins interrogés (lieu de recueil privilégié). Dans une moindre mesure, pour des raisons de disponibilité et faisabilité, par entretiens distanciels via un logiciel de visioconférence. Nous avons procédé à une retranscription verbatim (mot à mot) des données des entretiens sur Word. Conformément à la méthodologie, il était d'usage de retranscrire les phrases en langage parlé sans supprimer les hésitations et autres éléments de langage oral. Par convention, les éventuelles erreurs et/ou confusions de mots ont été repérées par l'ajout de « (SIC) » en fin de phrase.

L'échantillonnage s'est arrêté dès obtention de la saturation des données.

Deux entretiens pilotes ont été effectués au préalable, suivis de 13 entretiens pour un total de 15 entretiens semi-dirigés.

5. Analyse des données

Le recueil des données a eu lieu de novembre 2021 à juin 2022.

L'analyse de chaque nouvel entretien a été effectuée à la lumière du précédent et par comparaison à celui-ci.

L'étiquetage constitue la première étape de l'analyse des données proprement dite. Il correspond à la transformation des données du verbatim en données de recherche

analysables. Une étiquette est une unité de sens rendant compte de l'expérience du participant. Il s'agit ensuite de passer des étiquettes aux propriétés. La propriété représente la version théorique ou conceptuelle de l'étiquette expérientielle (26). Enfin il s'agit de construire des catégories visant à organiser les propriétés entre elles (26).

L'analyse complète des données a procédé en trois étapes :

- L'analyse ouverte dont le but était l'émergence de différentes catégories caractérisées par leurs propriétés.
- L'analyse axiale qui consistait à articuler les propriétés et catégories des différents entretiens entre elles et autour de grands axes significatifs.
- L'analyse intégrative ou sélective visait à produire un modèle explicatif intégrant différents axes sous forme d'un schéma (26)

L'ensemble de l'analyse ouverte et du codage a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux investigateurs.

L'étiquetage initial ainsi que l'analyse intégrative ont été réalisés sans logiciel prévu à cet effet.

6. Aspects éthiques et règlementaires

a. Le consentement éclairé

Les médecins interrogés signaient directement le formulaire de consentement sur place ou par retour de mail quand il s'agissait d'un entretien par visioconférence (annexe 3).

b. La confidentialité

Les modalités de l'anonymisation comprenaient la suppression de tous les noms propres (personnes, lieux, etc) ainsi que des éléments caractéristiques pouvant

permettre de reconnaître la personne interrogée. Le nom des participants a été remplacé par la lettre « M » suivie d'un numéro allant de 1 à 15 selon l'ordre de réalisation des entretiens.

c. Les autorisations réglementaires

L'étude menée était conforme à la méthodologie de référence MR-004 concernant les études n'impliquant pas la personne humaine. Il n'y avait pas de déclaration à soumettre à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) mais uniquement un enregistrement réalisé par le *data protection officer* (DPO) de la faculté suite au dossier portant sur le règlement général sur la protection des données (RGPD).

Résultats

1. Les caractéristiques de l'échantillon

Les MG interrogés étaient au nombre de 15. Il y avait 9 hommes pour 6 femmes, soit un sexe-ratio de 1,5. Six exerçaient en secteur rural, 4 en semi-rural et 5 en secteur urbain. La durée moyenne des entretiens était de 37,5 minutes. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 30-40 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et d'exercice des 15 médecins interrogés

Ordre	Sexe	Tranche d'âge (années)	Type de cabinet	Lieux d'exercice	Orientation particulière de la pratique/ spécificité.
M1	Féminin	30-40	Groupe	Urbain	Pédiatrie/gynécologie
M2	Masculin	>60	Seul	Rural	Gériatrie/ médecine du sport
M3	Masculin	30-40	Groupe	Urbain	Maitre de stage universitaire (MSU)
M4	Masculin	30-40	Groupe	Semi-rural	Médecine sport/échographie.
M5	Masculin	>60	Seul	Semi-rural	Aucune
M6	Féminin	40-50	Groupe	Urbain	Gynécologie
M7	Féminin	30-40	Groupe	Semi-rural	Aucune
M8	Masculin	50-60	Groupe	Semi-rural	Aucune
M9	Masculin	40-50	Groupe	Urbain	Pédiatrie
M10	Féminin	40-50	Groupe	Urbain	Pédiatrie/gynécologie
M11	Féminin	<30 ans	Groupe	Rural	Aucune
M12	Masculin	30-40	Groupe	Rural	Aucune
M13	Féminin	40-50	Groupe	Rural	Aucune
M14	Masculin	50-60	Seul	Rural	Aucune
M15	Masculin	30-40	Groupe	Rural	Aucune

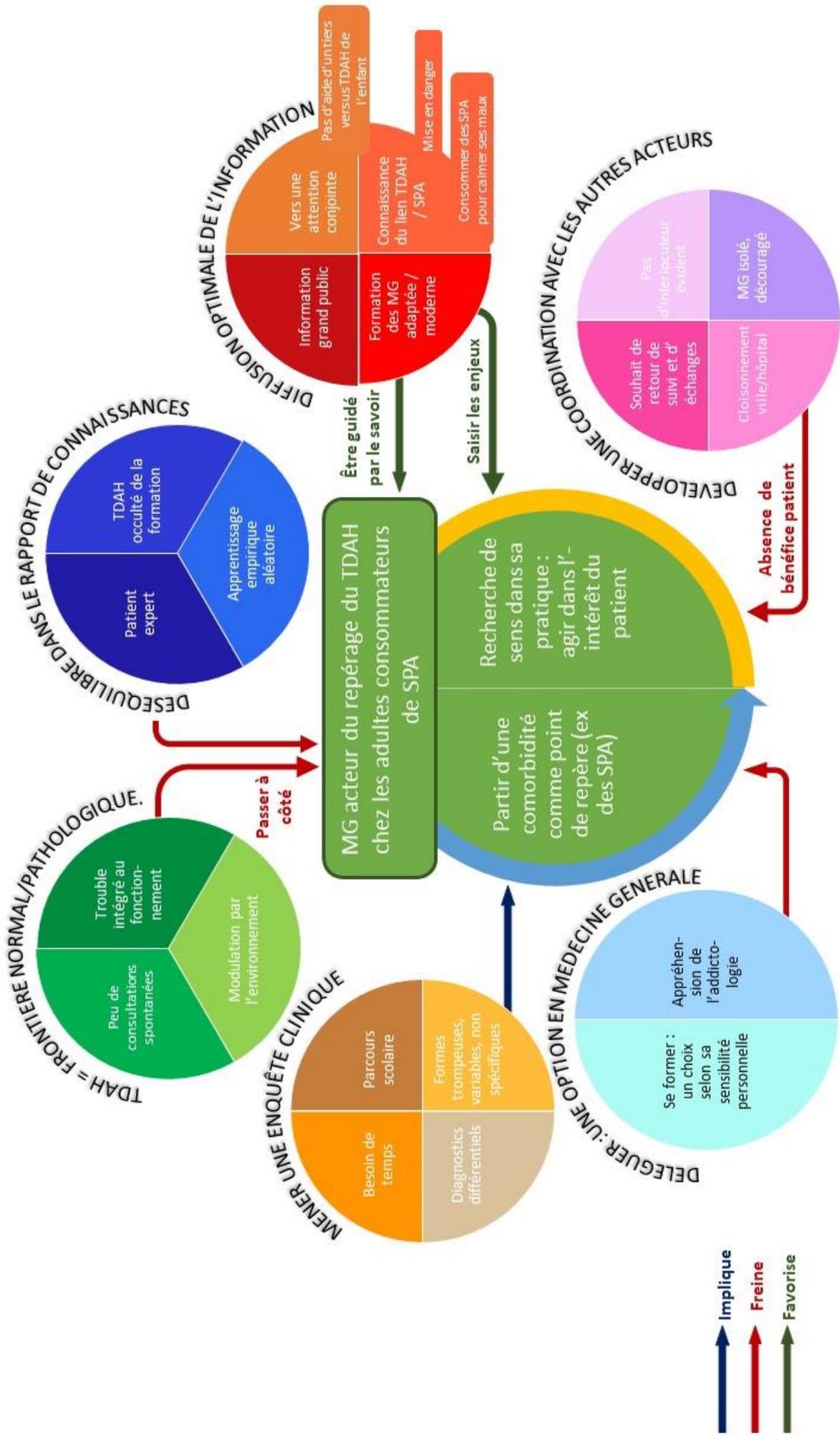


Figure 1 : Complexité et exigences du repérage du TDAH chez les adultes consommateurs de SPA par le MG

2. Modèle explicatif : complexité et exigences du repérage du TDAH chez les adultes consommateurs de SPA

a. Déséquilibre dans le rapport de connaissances médecin/malade

i. Le TDAH de l'adulte occulté de la formation médicale théorique : un médecin néophyte

La majorité des médecins concernés par l'étude mettaient en lumière l'absence totale d'évocation du TDAH de l'adulte dans la formation initiale théorique. Le TDAH était d'après eux exclusivement enseigné dans sa forme pédiatrique.

« Pour moi, c'était vraiment réservé à l'enfant, un adulte ne pouvait pas l'être. C'était une erreur. » M7 ; « Je ne connais pas super bien le sujet pour être honnête, déjà, (rires), jamais entendu dans les cours ou la formation c'est clair » M15 ; « Il faut être éveillé je crois que c'est le terme. Or je suis plutôt endormi sur ce sujet (sourires). » M5 ; « (Rires), non, non mais je connais pas du tout, de toute façon je ne connaissais pas le TDAH de l'adulte (rires), jamais entendu parler ne serait-ce qu'une fois. » M3 ; « J'ai l'impression qu'on n'a pas beaucoup d'infos (SIC) sur la forme de l'adulte en tout cas en médecine générale. » M8

La connaissance de la possibilité d'une persistance du TDAH à l'âge adulte était très variable selon les médecins interrogés :

« ça m'interpelle quand on parle du TDAH de l'adulte, c'est je pense la première fois que j'en entends parler ainsi » M8 ; « Alors pour moi le TDAH de l'adulte équivaut à la persistance du TDAH de l'enfant au fil du temps, disons au vieillissement de la maladie avec le patient. » M14

Certains médecins participant à l'étude évoquaient l'absence de recul sur le devenir des enfants TDAH :

« On ne parle pas du trouble chez l'adulte, c'est vrai que c'est comme si la maladie s'arrêtait quand on arrêtait de suivre le jeune avec son traitement. » M12

Un des médecins interrogés se confiait sur le vécu négatif de son sentiment de passivité en matière de repérage et donnait l'exemple d'un de ses patients qui avait entrepris des démarches de son côté :

« on n'a pas participé à ces démarches, c'est dommage, hein c'est dommage, mais c'est comme ça, on n'a pas l'éducation et la formation. » M2

ii. Apprentissage empirique aléatoire

Les médecins du panel qui connaissaient le TDAH de l'adulte étaient minoritaires et avaient pour la plupart découvert l'existence du trouble au hasard d'une consultation. Seule l'expérience pratique permettait à certains médecins de découvrir l'existence du trouble chez un patient adulte :

« Jusqu'à récemment, je ne savais pas que ça existait, euh j'en ai eu la notion avec une de mes patientes, justement chez qui ça a été suspecté. » M1 ; « le TDAH de l'adulte la seule fois où je l'ai entendu c'est de la bouche de patients, 2 ou 3 qui me disent qu'ils en ont un. » M6 ; « Alors, euh, (réfléchit), c'est très simple, le TDAH de l'adulte je ne connais pas, je suis par contre sensibilisé à celui de l'enfant, mais récemment un patient de 22 ans est venu en consultation m'évoquant ses différentes

difficultés dans le cadre de ses études, sur le plan plus personnel et social, familial et m'a indiqué qu'il était suspecté d'être TDAH. » M7

Certains participants évoquaient l'origine de leur connaissance du TDAH de l'adulte :

« Clairement de ma pratique, parce que c'est vrai qu'on a pas du tout été formés à ça. » M10 ; « avec l'expérience, et disons, les patients, grâce aux patients ! et aux courriers de spécialistes parfois. Pas dans les livres, non pas ça, non non. » M14

iii. La figure du « patient expert »

Les MG participants à l'étude décrivaient certains patients adultes atteints de TDAH comme experts de leur trouble. Ils signalaient que c'était souvent le patient qui était à l'initiative de la reconnaissance de son trouble et qui réalisait les démarches visant au diagnostic. Le MG était passif dans un bon nombre de cas :

« En général c'est eux qui ont fait le diagnostic, et qui ont fait des démarches, euh vers psychologues ou psychiatres (...), ils connaissent déjà tout, très bien d'ailleurs, tandis que moi sur ce coup je ne suis plus médecin (rires). » M2

Selon plusieurs médecins participant à l'étude, les patients se rapprochaient d'associations ou groupes de pairs. Selon un médecin du panel, ils passaient parfois par des pays frontaliers à l'instar de la Belgique :

« J'ai jamais entendu parler de TDAH avant les patients qui revenaient de Belgique, on a pas la culture si je puis dire. » M2 ; « Oui, elle avait dû se rapprocher d'associations et voilà, hein de fil en aiguilles (silence). Elle connaissait quasiment

tout ce qu'il y avait à connaître. » M14 ; « on devient presque moins sachant que le patient, c'est vrai ça, oui, souvent le patient qui est hyperactif, il en sait beaucoup, attendez, il a été forcé puisque souvent on a été, disons, presque en échec, et donc il s'est renseigné, et oui, c'est ainsi. Donc il connaît plein de choses, et nous, c'est limité là. » M14

b. Le TDAH de l'adulte à la frontière entre le normal et le pathologique

i. TDAH intégré au fonctionnement de l'individu

Plusieurs médecins de l'étude ne considéraient pas le TDAH comme une pathologie mais s'interrogeaient sur son appartenance à la classification nosographique :

« Je n'aime pas le terme trouble dans le TDAH, ça me pose un problème. » ; « c'est un mode de fonctionnement qui est un peu différent de la norme et qui peut parfois être gérable dans la vie de tous les jours. » M10 ; « Je voulais dire qu'à priori je ne voyais pas le TDAH comme une pathologie, vraiment, mais comme un spectre, un profil particulier, une particularité. » M10

D'après les MG interrogés, certains patients adultes TDAH avaient appris à compenser leur trouble en l'intégrant dans leur fonctionnement. Ils avaient développé au fil du temps des stratégies d'adaptation et limitaient ainsi l'impact négatif dans leur quotidien. Ainsi, d'après eux, la présentation clinique du TDAH de l'adulte était parfois fruste, si bien que le MG pouvait passer à côté :

« Le côté pathologique dans l'enfance, peut devenir tout à fait vivable chez l'adulte, et on va se retrouver à la frontière » M3 ; « Mais bon j'imagine aussi que ça peut un peu passer inaperçu » M9 ; « On n'est pas obligé de mal le vivre » M10 ; « je pense que certains adultes vont plutôt bien, ont su s'adapter et compenser un peu » M11

ii. TDAH de l'adulte modulé par son environnement

Selon certains MG interrogés, le TDAH était sous l'influence directe d'un environnement qu'il soit social, familial, professionnel. Son impact fonctionnel était donc dépendant de facteurs externes :

« Comme beaucoup de choses en médecine, l'éducation, l'environnement familial, le fait d'avoir eu ou non un suivi, le TDAH peut être modifié par le cercle amical/familial, l'intégration au boulot, il n'y a pas un mais des TDAH. » M11

D'après les médecins interrogés, la possibilité de compensation du trouble dépendait de l'environnement :

« Donc on n'a plus toujours de signe évident, embêtant chez le jeune adulte, s'ils ont réussi à compenser les difficultés ou s'ils n'ont pas de métier ou d'obligation sociale qui font que leur trouble va poser problème. » M3 ; « On peut tout à fait vivre avec un TDAH si on a une situation sociale, un métier adaptés » M3 ; « On a l'impression qu'en fait ça peut prendre toutes les formes, (...) selon aussi comment le patient gère, selon son milieu social, euh son environnement, ses proches, carrément ça change tout j'en suis persuadé » M15

iii. Peu de consultation spontanée dans ce contexte

Les MG de l'étude faisaient référence au fait que les patients adultes atteints de TDAH consultaient rarement de manière spontanée pour ce motif. La conscience du trouble n'était pas systématique et participait au phénomène. L'ensemble rendait le repérage plus difficile à initier.

« A l'âge adulte, ils l'ont un peu intégré, et plus personne ne vient s'en plaindre » M3
« J'imagine que beaucoup d'adultes se disent j'ai toujours été comme si, comme ça, on m'a toujours mis dans la case mauvais élève, machin et puis qu'ils sont un peu résignés, finalement et qu'ils ne vont pas consulter pour ça, comme si c'était rentré dans le mode de fonctionnement » M1.

c. Mener une enquête clinique

i. Avoir besoin de temps

D'après plusieurs médecins de l'étude, le repérage du TDAH était un exercice long qui nécessitait de rassembler un faisceau d'arguments. Il apparaissait nécessaire d'apprendre à connaître le patient, et parfois de le revoir en multipliant les consultations :

« Quelqu'un qu'on connaît bien et depuis longtemps, qu'on voit plusieurs fois, c'est plus aisé » ; « il faut un faisceau d'indices obtenus au fil du temps » ; « ce n'est pas possible de cerner un patient en un quart d'heure de consultation » M6.

« On pourrait y penser après un laps de temps assez long chez quelqu'un qu'on connaît bien, en se disant un jour en rattachant petit morceau par petit morceau il y a peut-être quelque chose là-dessous », « je pense que pour moi il faut des

consultations dédiées à ça, car ça ne nécessite pas 5 minutes, j'évoque clairement le fait que j'aimerais bien approfondir certains points, et en accord avec le patient je prévois une consultation plus longue » M1

ii. Interroger le parcours scolaire

Les médecins de l'étude se référaient naturellement au parcours scolaire du patient adulte. Ils recherchaient des éléments en faveur d'un TDAH préexistant :

« Je pense que ça peut être intéressant de demander à la personne chez qui on le suspecte comment s'est passée son enfance, son parcours scolaire » M7 ;
« demander aux patients adultes qui ont ce type de problématique comment s'est passée leur enfance, s'ils ont eu des difficultés pour apprendre, comprendre les consignes à l'école » M13 ; « Alors j'essaie de savoir comment s'est passée leur enfance, si on leur disait qu'ils ne tenaient pas en place, s'ils avaient du mal dans leurs apprentissages, à se concentrer à l'école » M3

iii. Une présentation clinique trompeuse

La grande majorité des MG qui se sont exprimés décrivaient le caractère variable, pluriel de la présentation clinique du TDAH. Le TDAH pouvait être fruste comme bruyant, mimer de nombreuses autres pathologies. Ils insistaient également sur le caractère aspécifique de la présentation clinique.

« La liste est longue, en gros plein de choses mais rien qui signe vraiment la maladie. » M12

La majorité des médecins interrogés trouvaient l'exercice difficile et contraignant :

« Disons qu'on manque de point de repère, ça peut-être tout et rien, vous voyez c'est pas du tout typique, ça change tout le temps et donc c'est trop vague » M14 ;
« il peut y avoir tellement de signes, des angoisses, des troubles psychiatriques, des addictions, des difficultés dans les études ou professionnelles avec les licenciements, des difficultés conjugales, ça paraît trop vaste » M8

Le médecin qui s'impliquait dans le repérage devait discerner parmi plusieurs diagnostics différentiels essentiellement psychiatriques :

« Après la frontière avec un trouble de la personnalité, avec une dépression etc est parfois mince. » M12 ; « moi j'étais partie sur un trouble anxiodépressif classique, euh voilà mais sans soupçonner qu'il puisse y avoir une autre entité en dessous » M1 ; « Il faut, il faut aussi savoir que rien ne ressemble plus à un TDAH que toutes les autres pathologies du monde donc bon avec ça... » M14

iv. Partir d'une comorbidité comme point de repère

En regard de la complexité clinique du TDAH, plusieurs médecins du panel imaginaient la possibilité de repérer le TDAH de l'adulte en partant de ses comorbidités parfois au-devant du tableau clinique.

La consommation de SPA était considérée par certains médecins interrogés comme un point de départ possible du repérage :

« C'est tellement, enfin euh, je parle pour moi, vaste, et euh, polymorphe, je ne sais pas si le terme est approprié mais... ça pourrait valoir le coup de partir des consommations, si le lien est suffisamment fort, ça pourrait être intéressant de partir de ça pour repérer » M15 ; « Les consommations peuvent constituer un indice pour le repérage, parmi d'autres éléments. »M1

Pour certains médecins, le TDAH de l'adulte se révélait souvent par ses comorbidités :

« Je pense d'ailleurs que ces adultes peuvent avoir un TDAH noyé derrière des addictions, des comorbidités psy (SIC) » M4 ; « Donc les troubles psychiatriques peuvent être mis en lumière à l'occasion de consommations, la consommation peut être un mode de révélation. Donc possiblement également pour le TDAH. »M5

Un participant évoquait le cas d'une de ses patientes ayant une addiction à l'alcool :

« Et la consommation d'alcool s'est accrue, elle perdait le contrôle, vraiment oui elle ne gérait plus rien du tout, bon et finalement elle a été diagnostiquée TDAH après un bilan à partir de cette prise d'alcool. Sans ça, on n'aurait pas été mis sur la piste » M14

Toutefois, alors qu'ils étaient interrogés sur l'évaluation systématique des patients consommateurs de SPA, la majorité des médecins interrogés ne recherchaient pas en pratique un TDAH sous-jacent :

« Je n'ai pas encore cela dans mes habitudes à vrai dire, il est vrai que je tends plutôt à creuser du côté d'une dépression, (...) je pose facilement la question des violences physiques/sexuelles aux patients qui consomment mais jamais celle du TDAH. » M13 ; « je ne peux pas dire que je n'y pense jamais quand j'ai un patient dont, euh, je sais qu'il prend de l'alcool mais ça ne fait pas partie, ouais de mes habitudes, je n'interroge pas le patient dans ce sens. » M9 ; « j'ai eu déjà des suspicions de TDAH chez certains qui consommaient mais souvent c'est des patients pas stabilisés (...) et donc chez eux on n'a pas pu aller au bout de la démarche » M3

Invités à discuter de la nature du lien entre TDAH et consommations de SPA, deux éléments principaux émergeaient du discours des médecins de l'étude :

- Pour quelques médecins interrogés, les patients adultes TDAH avaient tendance à se mettre facilement en danger en raison de leur impulsivité et à consommer des substances illicites
- Selon plusieurs participants à l'étude, les patients adultes TDAH en souffrance se tournaient vers les SPA dans une recherche de bien être, comme un traitement de leurs maux :

« Elle était très angoissée et trouvait probablement un soulagement, euh, plutôt un apaisement dans la consommation de substances » M7 ; « C'est aussi des patients angoissés finalement qui cherchent certains refuges » M8 ; « ils vont plus facilement consommer, de par leur impulsivité toujours, mais aussi pour rechercher un « traitement » de certains symptômes » M11 ; « un adulte assez impulsif qui se met en danger, avec ce que ça comporte en terme d'entrave aux relations sociales,

familiales et voire même des déboires avec la police, conduites illégales, usage de drogues, des comportements difficiles parfois » M13 ; « je crois que ces gens-là ont vraiment besoin de compenser, calmer, soulager certains problèmes et certaines souffrances, et souvent ça passe par l'addiction, c'est comme ça » M14

d. Déléguer : une option en médecine générale

i. Se former en médecine générale : un choix selon sa sensibilité personnelle

Beaucoup de médecins de l'étude évoquaient les injonctions multiples à de nouvelles formations qui leur incombaient dans leur quotidien. Ils expliquaient devoir choisir parmi ces formations et se dirigeaient en général selon leurs domaines d'intérêt. Ils déléguaient rapidement au spécialiste quand il s'agissait d'un domaine non maîtrisé ou pour lequel ils n'avaient pas choisi de se former :

« plus ça va, plus on nous dit en médecine générale qu'il faudrait qu'on fasse le repérage de ça, de ci, de là, nous finalement on se dirige quand même plus volontiers vers certaines, ça dépend de chacun, donc il y a à chaque fois un nouveau thésard qui nous explique à chaque fois qu'on fait pas assez bien le repérage de telle ou telle patho (SIC), du coup voilà on a déjà bcp de travail, du coup disons que je fais mon deuil de la perfection » M10 ; « Il y a des médecins qui le font mieux que d'autres, qui se sont formés pour. Il y a plein de choses que je trouve difficiles et je suis clair avec moi-même sur là où je m'arrête » M4 ; « Le manque de motivation de suivre une énième formation, il faudrait se former sur tout de nos jours. Forcément on choisit. » M5

Ainsi selon leur sensibilité personnelle, ils étaient plus ou moins enclins à s'intéresser au domaine de l'addictologie/psychiatrie ou au contraire à déléguer rapidement. C'était le cas d'un certain nombre de médecins :

« Franchement c'est très compliqué, et ça doit relever un peu de la psychiatrie, peut-être qu'en général on n'est pas très à l'aise en médecine générale, on envoie vite au confrère psychiatre dans ce cas-là » M6 ; « c'est peut-être le médecin généraliste qui n'est pas intéressé par ça » ; « c'est en tout cas un domaine de prédilection qui n'est pas le mien. » M2

Certains médecins du panel au contraire expliquaient s'être formés spécifiquement à la gestion des consommations de SPA et se sentir plutôt à l'aise avec cette problématique. Ils mettaient un point d'honneur à faire de la consultation un espace de libre parole :

« Alors je n'ai pas de difficulté avec ça, et donc forcément j'en vois fréquemment, je me suis formée euh nous au cabinet ça fait partie d'une évaluation systématique, l'idée c'est toujours de faire une intervention brève, en expliquant que s'ils souhaitent nous recontacter ils peuvent (...) et je pose la question pour chaque substance, pour ne pas grader les consommations, et pour dire qu'il n'y a pas de consommation taboue »M10

ii. Appréhension de la PEC des patients relevant de l'addictologie en médecine générale

Certains médecins interrogés déclaraient avoir l'habitude de rechercher systématiquement des consommations de SPA chez leurs patients mais semblaient plus réticents à l'idée d'assurer eux-mêmes le suivi :

« Alors pour aborder les addictions en elles-mêmes, poser la question d'éventuelles consommations, par exemple dans les habitus lors de la première rencontre avec un nouveau patient, aucun problème, pas de tabou, par contre c'est vrai qu'en général le suivi des patients est très délicat et fatigant » M12

Une partie des médecins interrogés révélait craindre de recevoir des patients ayant des addictions en consultation :

« C'est souvent délicat les addictions en médecine générale... (lève les yeux aux ciel) » M6 ; « mon avis c'est que c'est une population qui n'est pas facile, on doit tout faire pour les aider certes mais c'est assez délicat. » M4

Ils évoquaient les difficultés relationnelles et la mise à mal de l'alliance thérapeutique. Ils soulignaient la gestion de certains comportements difficiles voire agressifs et la difficulté de l'observance dans ce contexte :

« Pour les patients toxicomanes, c'est certain que c'est toujours très compliqué, chronophage et que parfois on s'épuise. On peut toujours faire un courrier pour le spécialiste ... » M13

Beaucoup révélaiet ne pas se sentir à l'aise avec cette partie de la médecine et l'évitaient quand c'était possible :

« C'est vrai qu'en général le suivi des patients est très délicat et fatigant, déjà encore faut-il qu'il aient envie d'être aidés, accompagnés, et qu'ils soient observants, la confiance n'est pas toujours là et forcément sous l'effet des substances, ils oublient les rendez-vous, ils oublient leurs engagements, donc faut pas s'épuiser non plus parfois on a pas trop de prise sur ces patients et voilà je comprends que des confrères ou consœurs souhaitent limiter ce type de patientèle. » M12

e. Diffusion optimale de l'information

i. Une formation des MG adaptée et moderne

Les médecins interrogés dans notre étude souhaitaient être guidés dans leurs pratiques et cela passait par une formation médicale garante des informations essentielles.

« Il m'apparaît primordial de développer, enrichir la formation à ce propos, c'est je pense la première chose puisque je pense que c'est relativement peu connu (...) Ma réponse est basique mais c'est vrai que je ne peux pas repérer quelque chose que je ne connais pas. » M13

La majorité des médecins interrogés était favorable au développement de moyens de formation sur le TDAH de l'adulte à condition qu'ils soient adaptés aux MG. Ils préféraient majoritairement des formats modernes et innovants aux cours magistraux classiques. Les critères soulevés concernant les supports de l'information

étaient la praticité, la simplicité, l'accessibilité. Ils insistaient sur des supports informatisés à l'instar des « sites en clics ».

« éventuellement ce serait bien des sites internet d'informations dédiés au (...) TDAH pour l'adulte et l'enfant, sur la suspicion et l'accompagnement des patients, ils me semble pas qu'il y en ait des très clairs et pratiques faits comme les sites en clics des médecins généralistes pour mettre en ligne notamment les échelles, tout recenser notamment au même endroit, Il faut que ce soit facile en pratique » M3 ; « ah oui peut être aussi comme on a fait récemment avec la PREP là c'est de faire des outils en ligne de formation, ça va avec le site en clic hein mais euh faire des outils simples de formation en ligne et gratuits et accessibles à tous, pas que des FMC classiques par contre » M3 ; « il faut proposer des formations ludiques, attractives, courtes et efficaces, ou produire des dépliants, des documents utiles que le médecin G pourrait mettre dans son tiroir ! » M7 ; « ensuite avoir des outils de dépistages simples et pas trop chronophages non plus, moi j'utilise beaucoup en pratique quotidienne des petits questionnaires faciles à faire au cabinet » M1

Plusieurs MG précisait les objectifs escomptés de la formation et avaient des attentes précises en la matière. Ils aspiraient à être éclairés sur les enjeux du repérage et de la prise en charge du TDAH chez les patients adultes. Ils invitaient à une mise en lumière des bénéfices directs et indirects du repérage pour le patient. Enfin Ils désiraient développer des réflexes et points de repères facilitant le repérage :

« Il faut éclairer les médecins pour avoir des automatismes et que cette attention spécifique soit intégrée à notre pratique » M5

Un médecin du panel suggérait la formation des internes en médecine et de leurs enseignants :

« Pour les internes, soit la nouvelle génération, c'est eux qu'il faut former, il faut que les enseignants soient sensibilisés, (...) Par contre, je me dis qu'il faut que les enseignants de fac soient stimulés, informés, et ça limite ça peut fonctionner avec un échange de mails, des liens sur les trucs intéressants à ce sujet. » M10

ii. Information du grand public : vers une attention conjointe.

Plusieurs MG participant à l'étude suggéraient l'intérêt d'une vulgarisation de l'information au sujet du TDAH de l'adulte et d'une information grand public à l'instar d'autres pathologies :

« La vulgarisation ça apporte du bon, car les gens peuvent être un peu plus attentifs à leurs symptômes » M15 ; « je pense à une information dans les médias, que la société connaisse aussi son existence, pour que les patients eux-mêmes aient cette notion, un peu comme pour le TDAH de l'enfant (les parents connaissent, les médias aussi, l'école, les nourrices), un peu comme la vulgarisation de ce qu'est l'endométriose, etc. » M6

Ils espéraient que l'optimisation de l'information auprès des MG et que l'information du grand public permettrait l'obtention d'une attention conjointe, gage d'efficacité dans le repérage du TDAH selon eux. En effet, de nombreux médecins interrogés regrettaient de ne pas bénéficier de l'aide d'un tiers, comme c'était souvent le cas pour le repérage du TDAH de l'enfant (parents, professeur, etc). Le témoignage

des proches et de l'entourage était précieux et permettait d'être mis sur la piste d'un TDAH :

« Donc parfois les parents amènent l'enfant ou l'ado et l'école souligne tel problème, nous on a tel problème voilà (...) Donc ce sont des indices, mais difficile de remarquer de nous-même les choses en consultation » M2 ; « ils sont adultes , donc il n'existe pas de tierce personne pour rapporter les troubles , l'enfant est repéré par les parents, par la maitresse, la nounou, vous voyez, et donc on a déjà une suspicion par l'entourage de l'enfant qui permet ensuite de faire, enfin, oui de faire des démarches et d'accéder finalement au diagnostic » M8

f. Promotion d'une coordination entre les différents acteurs du système de soins

i. Un cloisonnement ville/hôpital marqué

Plusieurs MG interrogés indiquaient avoir rencontré des difficultés pour adresser leurs patients auprès du spécialiste ou des consultations hospitalières dédiées :

« Je ne crois pas qu'on puisse parler de collaboration, je n'ai pas trop cette expérience mais à part le courrier qui le mentionnait je n'ai pas eu l'occasion d'échanges à ce propos, (...) non c'est assez cloisonné je dirai, d'un côté le spécialiste, de l'autre le médecin généraliste. Comme souvent quand il s'agit de psychiatrie/d'addictologie, c'est plutôt compartimenté » M9 ; « De manière évidente je pense que c'est l'accompagnement derrière qui manque, on est gentil mais en tant que médecin généraliste aujourd'hui on doit tout faire et bon ce n'est pas toujours possible, on nous demande de tout repérer, (souponne) repérage, repérage,

oui mais pourquoi en fait ? On veut avoir un rendez-vous (...) c'est deux ans d'attente » M6 ; « Le fait qu'on soit isolé, que le recours au spécialiste soit long et fastidieux, c'est peu engageant. »M13 ; « je sais qu'en matière (...) de TDAH, (...) c'est pas forcément aisé de mettre en place un suivi et d'échanger toujours avec le spécialiste, il y a beaucoup d'attente et peu de communication ou collaboration entre spé (SIC) et généraliste de notre fait également hein, chacun étant bien occupé. »

M8

Ils souhaitaient resserrer les liens avec le spécialiste et accordaient une importance particulière aux retours de suivi du spécialiste, encourageant et valorisant leur pratique :

« Dès que j'ai eu à envoyer un patient en psychiatrie, euh les comptes-rendus d'hospit (SIC), de prise en charge, on n'en voit pas bcp la couleur. Moi c'est ça que j'ai envie de dire, les gens sont pris en charge ok, mais toi pour être inclus, avoir ta part, savoir ce qu'il en est pour ton patient, petit bémol de fin. Surtout que ce n'est pas intéressant pour nous si on ne sait pas ce qu'il advient. D'un point de vue intellectuel c'est très frustrant. » M4

A contrario, les quelques médecins ayant expérimenté une collaboration efficace avec le spécialiste étaient motivés pour entreprendre activement une dynamique de repérage. Ceux-ci avaient des contacts privilégiés, résultats de plusieurs années d'expérience ou d'une situation géographique jugée favorable :

« Alors ici le réseau psy/addicto (SIC) est pas mal, l'hôpital c'est le CH de X et j'ai des bons contacts donc ça marche plutôt bien de ce côté-là, plutôt chanceux. Les

spé (SIC) restent accessibles donc c'est cool mais très conscient que ce n'est pas partout pareil » M12

La qualité de la collaboration était selon les participants contacts et géographie dépendants :

« Bah on galère, sauf contacts particuliers et les secteurs sont assez inégaux » M6
« J'imagine que la situation n'est pas égale en tous points du Nord Pas de Calais bien sûr » M5

ii. Absence d'interlocuteur évident identifié

Quelques médecins du panel signifiaient ne pas savoir où et à qui adresser un patient adulte ayant une suspicion de TDAH. Ils n'avaient pas de visibilité sur le réseau de soins et regrettaient ce manque d'information. Plusieurs médecins du panel étaient sceptiques quant à l'adéquation entre l'offre et la demande de soins et doutaient de la possibilité de PEC après repérage. Cette perception les faisait remettre en question la légitimité du repérage :

« Après je ne sais pas trop ce qu'on fait une fois qu'on a repéré, c'est aussi la question de savoir ce qu'on fait du patient et le devenir qui pose question. » M11;
« si demain là j'avais un doute pour un de mes patients, euh, c'est clair, euh, je serai un peu paumé et seul je crois. J'imagine que j'enverrai à un psychiatre ou neuropsych (SIC) ? tu vois je ne sais pas ce que je ferai sincèrement. » M14

g. Recherche de sens dans sa pratique : agir dans l'intérêt premier du patient

La majorité des médecins participant à l'étude soulignait le besoin de donner du sens à leurs pratiques. Ainsi, ils s'interrogeaient sur les bénéfices du repérage pour le patient. Ils souhaitaient comprendre l'intérêt de la mise en place du repérage et assuraient vouloir agir dans l'intérêt premier du patient :

« Il faut que les médecins soient un peu plus éclairés sur ce sujet pour déjà savoir qu'il y a un intérêt à repérer ces patients »M13

Les médecins du panel voulaient être rassurés sur les possibilités de prise en charge et s'interrogeaient sur le devenir du patient après repérage :

« Il faut qu'on se sente concernés, nous les med G (SIC), en quoi notre rôle est-il important ? quels sont les intérêts du repérage en médecine générale, que peut-on apporter aux patients ? » M9 ; « Si on sait où on va, ça rassure et on est plus enclin à se mettre au boulot » M5 ; « ça peut vraiment être un frein quand même car bcp de med G (SIC) font de leur mieux pour repérer plein de choses mais c'est démoralisant quand on sait que derrière on galère et (...) patients aussi y perdent » M11 ; « Parce que comme toujours, c'est bien de détecter un truc, mais la question c'est aussi est ce que ça va aider la personne ? moi ce qui m'importe c'est d'aider la personne, c'est tout » M4

Discussion

1. Résultat principal

Notre étude a permis de mettre en évidence que le repérage du TDAH chez les adultes consommateurs de SPA par le MG était un exercice exigeant, peu mis en place en pratique.

a. Insuffisance de la formation et méconnaissance de la forme adulte.

La sensibilisation des MG était insuffisante et freinait la démocratisation de ce repérage. Beaucoup ignoraient la possibilité d'une persistance du trouble à l'âge adulte. De même, les échelles dédiées au repérage du TDAH de l'adulte étaient largement méconnues. La formation médicale de ces dernières années, peu tournée vers le TDAH de l'adulte, renvoyait le MG à une posture passive/néophyte face à l'émergence de patients-experts. Ce décalage dans la relation médecin-malade entraînait un vécu négatif chez certains médecins interrogés. Les rares médecins qui connaissaient le TDAH de l'adulte racontaient un mode de découverte fortuit et empirique, à l'occasion d'une consultation ou au décours d'un courrier de spécialiste.

Nos résultats corroborent de manière prévisible les conclusions d'E.Zahonero mentionnant l'insuffisance de la formation et de la sensibilisation des MG au sujet du TDAH de l'adulte (16).

b. Promotion du développement de la formation médicale

Les MG soucieux d'agir dans l'intérêt de leur patient, prônaient un éclairage sur les enjeux du repérage et les bénéfices escomptés pour le patient, permettant une légitimation de la pratique à leurs yeux, condition préalable à son intégration à leur quotidien. Ils étaient globalement désireux d'accéder à des formations adaptées et

synthétiques leur offrant des supports d'information pertinents et un cadre guidant leurs pratiques (développement de réflexes de base, connaissance des « drapeaux rouges »). L'accès à des sites dédiés et autres outils informatiques était une proposition redondante. Certains d'entre eux suggéraient de développer un enseignement systématique dispensé aux internes de MG pendant leur cursus. De même la sensibilisation à la thématique des enseignants intervenant dans le diplôme d'études spécialisées (DES) semblait opportune.

c. Singularités cliniques du TDAH de l'adulte

Les MG étaient parfois en difficulté pour repérer les symptômes du TDAH du fait de leur caractère aspécifique et trans-nosographique. Dans certains cas, les facteurs de compensation bien développés les faisaient passer à côté du trouble. Le caractère variable de l'impact fonctionnel du TDAH dépendrait, selon les médecins interrogés, de l'environnement de l'individu et de son étayage familial, social ou professionnel. Enfin, ils rapportaient que les adultes atteints de TDAH consultaient rarement spontanément pour ce motif.

Par ailleurs, selon plusieurs médecins, l'exercice de dépistage du TDAH de l'adulte passait par la connaissance du patient acquise dans le temps et il était nécessaire de rassembler un faisceau d'indices pour pouvoir évoquer l'existence d'un TDAH.

d. La pathologie duelle : utile au repérage ou frein à part entière ?

Plusieurs médecins de l'étude pensaient qu'il était utile d'aborder le repérage du TDAH de l'adulte sous un angle précis du fait de son caractère polymorphe. Les consommations de SPA représentaient une piste envisageable en consultation de médecine générale plusieurs fois évoquée spontanément. L'approche du repérage à partir des consommations de SPA permettrait aux médecins à l'aise avec ce type de

patientèle (relevant des soins d'addictologie) de s'en servir comme point de repère et d'être plus efficaces dans le repérage. Cette réflexion restait cependant marginale parmi les médecins interrogés et surtout connaissait peu de concrétisation en raison de la méconnaissance de la pathologie duelle et de la sensibilité individuelle des MG pour l'addictologie.

Certains des MG interrogés suspectaient naturellement une association entre TDAH et consommations de SPA sans connaître précisément la force de l'association ni même le lien physiopathologique. Les consommations de SPA étaient évoquées en lien avec l'impulsivité du TDAH responsable d'une mise en danger. Certains imaginaient également un moyen pour les individus atteints de TDAH d'apaiser leurs souffrances.

Toutefois, le choix de ce point de départ au repérage constituait également un frein en lui-même puisque certains MG limitaient délibérément les consultations d'addictologie en raison de leur appréhension et inconfort à s'impliquer dans ce domaine de la médecine et de leurs difficultés à pérenniser l'alliance thérapeutique.

e. Développement de la coordination entre les acteurs du système de soins.

Beaucoup de défis restent à relever en matière de coordination des soins. Les MG déploraient l'absence d'interlocuteur évident et la méconnaissance du réseau de soins dédié. Certains d'entre eux confiaient leur sentiment d'isolement et leur découragement face au constat d'un cloisonnement MG-spécialiste. Plusieurs médecins interrogés déclaraient s'inquiéter de ne pas pouvoir apporter d'aide concrète à leurs patients dans ce contexte. La réassurance à propos du « post repérage » était intimement liée à leur motivation à s'impliquer dans le repérage.

2. Les forces et limites de l'étude

a. Forces de l'étude

Il s'agissait de la première étude qualitative permettant d'évaluer le repérage du TDAH chez les patients adultes consommateurs de SPA par le MG. Si les enjeux et les problématiques de ce repérage en soins primaires avaient déjà été évoqués dans plusieurs articles (2,21), il n'existait pas d'étude interrogeant sa réalisation par les MG.

Notre étude a suivi une méthode validée dans la littérature en s'inspirant de la théorisation ancrée (26).

L'approche qualitative nous semblait adaptée pour explorer ce sujet méconnu et complexe, en permettant de comprendre les attitudes des MG, ainsi que les limites à l'intégration du repérage dans leurs pratiques. Le caractère individuel des entretiens était propice à favoriser les témoignages des médecins (26).

Pour assurer la fiabilité de l'analyse et renforcer la validité interne de l'étude, une triangulation des données a été réalisée : toutes les données de l'analyse et du codage ont été confrontées avec celles d'un second investigateur, les divergences éventuelles ont été discutées et un processus de résolution de celles-ci effectué.

La suffisance des données était obtenue dès l'entretien numéro 13. Deux entretiens supplémentaires ont permis de confirmer ce constat.

b. Limites de l'étude

Notre recrutement était limité à la région des Hauts-de-France. Néanmoins, il concernait des hommes et des femmes de tous âges, ayant des modes d'exercices, des domaines de prédilection variés.

Le domaine de recherche étudié, peu connu par les MG, constituait un frein à l'obtention de la participation de certains. Aussi, 5 refus avaient été consignés : les raisons avancées étaient celles du manque de connaissance du sujet, de l'inconfort généré à l'idée de discuter d'un sujet non maîtrisé. Il était nécessaire de préciser aux médecins que l'étude visait à faire un état des lieux honnête et fiable des pratiques et ne nécessitait pas de connaissance préalable du sujet.

Bien que l'intitulé exact de la question de recherche était délibérément tu, les participants savaient que l'étude traitait du TDAH de l'adulte et pouvaient se renseigner avant l'entretien. Ce point est intimement lié au paragraphe suivant.

Notre étude pourrait être soumise à un biais de désirabilité sociale (27) consistant à vouloir se montrer sous son meilleur jour quand nous sommes interrogés. Il est possible que certains médecins déstabilisés par le sujet traité se soient servis d'exemples d'autres pathologies psychiatriques pour répondre à certaines questions, voire se soient rapportés à la forme pédiatrique. Pour limiter cet écueil, la discussion était régulièrement recentrée. Il s'agissait également de multiplier les entretiens avec des personnes différentes pour obtenir des points de vue variés.

Un biais d'auto-handicap ou de handicap intentionnel (27) pourrait être présent dans notre étude. Il désigne en recherche qualitative la tendance des personnes interrogées à mettre en avant les obstacles extérieurs à leur propre réussite dans l'optique d'un échec futur, pour éviter des interprétations causales. Pour limiter ce biais, il s'agissait d'insister sur les causes externes des réussites (réseau de soin accessible, etc.) ainsi que sur les causes internes des échecs (difficultés personnelles avec l'addictologie, etc.). Le risque était de surestimer les difficultés liées au système, au manque de formation.

Le guide d'entretien initial comprenait un nombre de questions ouvertes conséquent pouvant provoquer la lassitude des interrogés, des comportements d'évitement et donc une exploitation des données plus difficile (27) (cf annexe 2) .

Par ailleurs certaines questions ont été reformulées pour ne pas influencer ou orienter les réponses (cf annexe 2). Toutefois, la question portant sur l'évaluation systématique des patients consommateurs de SPA était susceptible d'orienter les réponses des médecins interrogés en leur suggérant qu'il s'agissait de la pratique à adopter.

Un autre biais méthodologique était lié à la réalisation d'entretiens distanciels via le logiciel de visioconférence (5 entretiens réalisés par visioconférence versus 10 en cabinet). Il existait un risque de perte de données incluant la communication non verbale.

Les médecins évoquant leurs craintes vis-à-vis de l'addictologie avaient souvent l'image d'Épinal du patient « polytoxicomane » et construisaient leurs réponses via ce prisme. Un biais cognitif était alors lié à leur vision parfois négative qui pouvait être emportée par l'exemple extrême. En effet, la notion de troubles addictologiques ou de consommations de substances était très variable d'un médecin à l'autre puisque certains y voyaient automatiquement des poly-addictions sévères tandis que d'autres considéraient tous types de consommations. Pour limiter le phénomène, il fallait régulièrement préciser le sens porté par le terme. De même, un biais cognitif pourrait reposer sur la dénomination « consommation de SPA » utilisée dans la grille d'entretien plutôt que « TLUS ». Celle-ci a fait l'objet d'un choix méthodologique dans un souci de clarté de l'intitulé et de compréhension orale.

3. Les perspectives, comment faire évoluer notre schéma ?

Notre travail de recherche a permis de rendre compte d'une quasi-absence en pratique de mise en place du repérage d'un TDAH chez les adultes consommateurs de SPA en consultation de médecine générale. Plusieurs freins étaient mis en évidence et invitaient à réfléchir activement aux moyens nécessaires à leur levée. Ces résultats appelaient à des réponses et des mesures adaptées.

a. De nouvelles perspectives médicamenteuses

Beaucoup de médecins interrogés dans notre étude étaient sceptiques concernant les possibilités de PEC des patients après repérage et remettaient parfois en question l'aide concrète qu'on pouvait leur apporter.

Depuis avril 2021, la RITALINE® LP a obtenu une AMM en initiation dans le TDAH de l'adulte (10), soit pour les adultes TDAH non repérés et non traités dans l'enfance, ce qui offre de nouvelles perspectives aux patients adultes (10). Le CONCERTA® (12) a également obtenu une AMM dans cette indication en juin 2022 suivi du MEDIKINET® en octobre 2022 (13). Jusqu'alors, seuls certains patients ayant été traités dans l'enfance pouvaient prétendre à un remboursement du traitement une fois adulte ce qui constituait ce que les spécialistes appellent « la double peine » (manque de reconnaissance, sous repérage et obstacles au traitement) (2,28). La PEC de la spécialité RITALINE® LP à différentes posologies est désormais étendue à l'indication suivante : « Traitement du Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) chez l'adulte pour lequel un impact fonctionnel modéré à sévère sur au moins deux composantes (professionnelle et/ou universitaire, sociale y compris familiale) est mis en évidence et lorsque la présence de symptômes du TDAH a bien été établie dans l'enfance et en tenant compte du fait que le traitement pharmacologique fait partie

d'une prise en charge globale » (10). Le traitement médicamenteux fait désormais partie des traitements de première ligne dans les formes modérées à sévères de TDAH (28).

L'obtention de cette AMM est le résultat d'un long parcours. Les associations de patients TDAH notamment l'association *hypersupers TDAH France* ont par leur engagement contribué aux changements opérés.

Par ailleurs, le traitement du TDAH de l'adulte peut également faire appel aux thérapies non médicamenteuses représentées par les thérapies comportementales (2). L'accès aux prises en charge non médicamenteuses reste toutefois complexe et hétérogène sur le territoire, le nombre de places est limité et elles ne sont pas toujours remboursées (25).

b. Formation des professionnels de santé

i. Développer une dynamique de formation des MG au TDAH de l'adulte

Des réponses concrètes en termes de formation et d'enseignement doivent être apportées. La sensibilisation systématique des médecins de demain semble être une perspective centrale. La période de l'internat et du DES de médecine générale pourrait être ciblée préférentiellement. Il serait notamment intéressant de favoriser un enseignement systématique des intervenants du Diplôme d'études spécialisées (DES) de MG, garant d'un éclairage au sujet du TDAH de l'adulte. La connaissance des enjeux du repérage semble être le prérequis à un changement pérenne dans les habitudes professionnelles. En effet les MG revendiquaient leur besoin de compréhension et de sens à la mise en place d'une nouvelle pratique. Ils livraient leurs inquiétudes quant à la possibilité d'apporter une aide concrète à ces patients et étaient demandeurs de réassurance.

La formation des MG est essentielle pour le repérage du TDAH de l'adulte, elle est également importante pour le suivi des patients incluant le renouvellement mensuel des traitements médicamenteux ainsi que la surveillance de leur bonne tolérance.

Une attention particulière devra être portée aux moyens utilisés pour rendre le sujet attractif et facile d'accès : sites internet, tables rondes, congrès de médecine générale, etc. Les formations devront assurer les bases théoriques à propos de la forme de l'adulte : éclairage sur les enjeux et bénéfices du repérage, mise en lumière de l'association TDAH/consommations de SPA, acquisition de réflexes visant au développement d'une attention spécifique, évocation des questionnaires de dépistage.

En plus du développement de formations dédiées aux MG sous les formats précédemment décrits, la formation au TDAH pourrait se faire par l'intermédiaire d'enseignements déjà existants. En effet, des offres de formation adressées à différents professionnels de santé au sujet du TDAH se sont développées au cours de ces dernières années. Par exemple, un diplôme inter-universitaire (DIU) sur le TDAH est proposé par les universités de Lille, Lyon et Strasbourg (29) pour la troisième année consécutive. Cette formation pourrait être promue auprès des MG intéressés par la problématique. De même, un séminaire au sujet du TDAH de l'enfance à l'âge adulte est proposé pour la 6^{ème} année consécutive aux internes lillois du DES de psychiatrie. Il pourrait alors être imaginé une formation commune avec les MG ou bien des formations similaires pour les internes du DES de médecine générale. Enfin, l'association Haut-De-France Addictions a mis en place l'année dernière un séminaire de 3 demi-journées de formation à Lille.

ii. Questionnaires de dépistage du TDAH de l'adulte

Parmi les différentes aides au repérage existantes, le questionnaire *Adult ADHD Self-report Scale* (ASRS v1.1) (30) (annexe 4) est aujourd'hui le plus utilisé et le mieux

documenté chez les individus souffrant de TDAH avec TLUS comorbides, avec une bonne sensibilité et spécificité (21). Il permet une autoévaluation des symptômes à l'âge adulte. L'échelle *Wender Utah Rating Scale* (WURS) à 25 items est également fréquemment utilisée et permet une évaluation rétrospective des symptômes présents pendant l'enfance (31). Ces deux questionnaires ont été traduits et validés en français (32).

Si les questionnaires de repérage et/ou l'anamnèse sont évocateurs d'un TDAH, le diagnostic est ensuite à confirmer en consultation spécialisée, libérale ou hospitalière.

D'après un article traitant du consensus international sur le dépistage, le diagnostic et le traitement des patients avec TLUS comorbide avec un TDAH, le temps estimé de remplissage du questionnaire ASRS serait inférieur à 2 minutes (21). Il est donc tout à fait utilisable en pratique courante de médecine générale et réalisable en consultation. Il peut également être confié au patient accompagné du questionnaire WURS, et retourné au MG lors d'une consultation ultérieure.

c. Optimiser toutes les étapes du parcours de soins

Les efforts à mobiliser concernent à la fois le repérage et le développement des consultations spécialisées. Le repérage isolé est en effet loin d'être suffisant.

La promotion du repérage pourrait avoir pour conséquence d'augmenter de manière significative les « faux positifs », susceptibles d'emboliser les rares centres spécialisés saturés et dont les délais sont déjà conséquents.

Dans ce contexte, se pose la question de la formation des psychiatres et addictologues de ville pouvant réaliser les questionnaires diagnostiques et ainsi

participer activement à la réduction du délai avant diagnostic. Depuis septembre 2021, la primoprescription de la RITALINE® LP ainsi que son renouvellement peuvent être réalisés par les psychiatres, pédiatres et neurologues libéraux et n'est ainsi plus strictement réservée au milieu hospitalier(33). Cette délégation pourrait permettre de désengorger en partie les consultations hospitalières. Une des perspectives pour le MG suspectant un TDAH serait d'orienter son patient vers un psychiatre général hors consultation spécialisée ce qui permettrait de raccourcir le délai avant diagnostic, l'objectif étant de faire du CHU un centre de « niveau 3 » (33). En effet, la coordination nationale pour le TDAH de l'adulte, rassemblant des cliniciens issus de la psychiatrie de l'addictologie impliqués dans le TDAH de l'adulte, propose que la filière de PEC du TDAH de l'adulte puisse s'organiser selon 3 niveaux. La définition du niveau 3 ou « centre ressources » semble importante pour assurer une articulation ville/hôpital efficiente (33). Il s'agirait de lui réserver les cas les plus complexes.

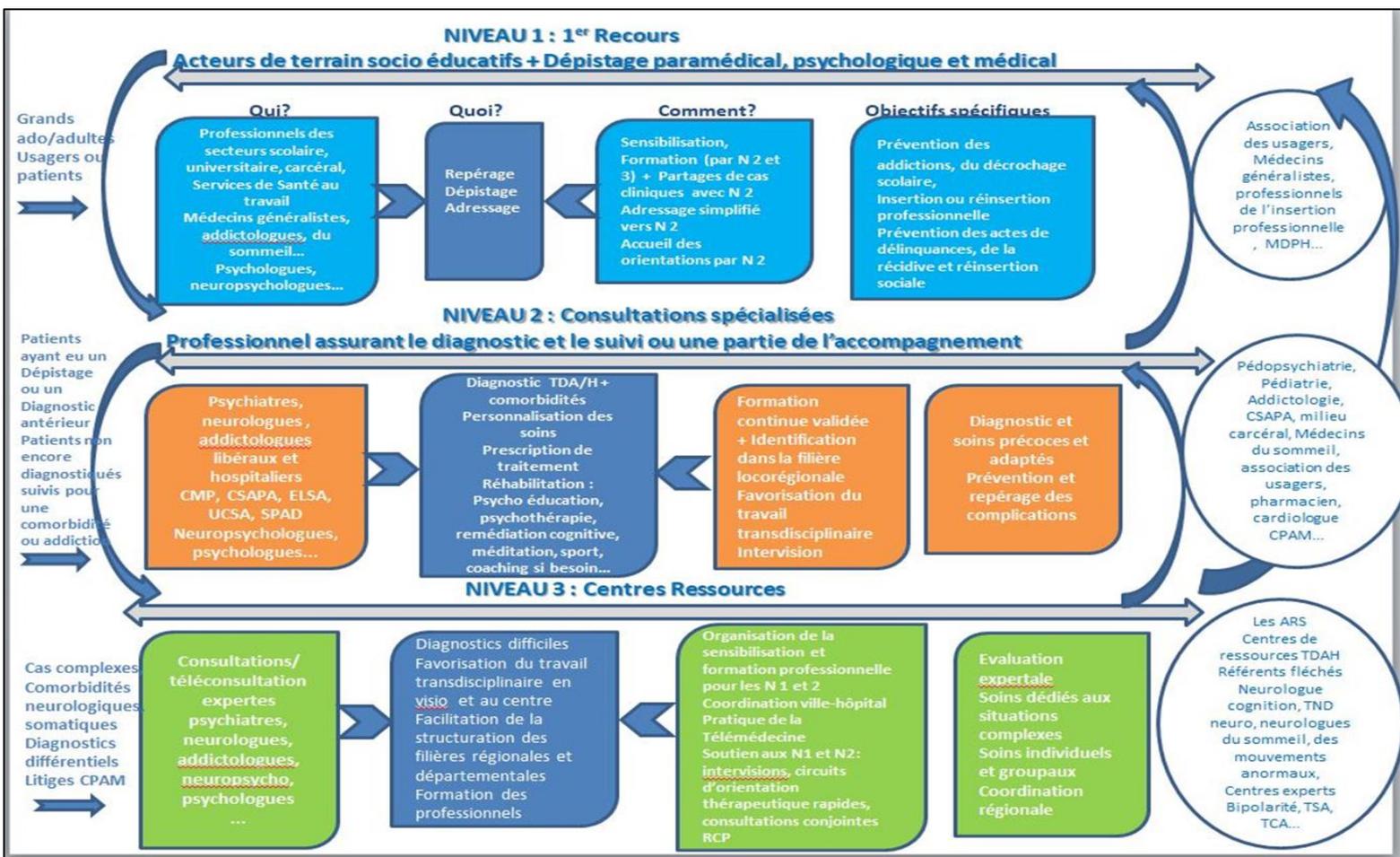


Figure 2 : Proposition d'organisation de la filière TDAH selon 3 niveaux par la Coordination Nationale pour le TDAH.

Une volonté de travailler en collaboration était largement exprimée parmi les MG interrogés. Les échanges de suivi, particulièrement appréciés des MG, avaient valeur de renforcement positif.

Notre étude ayant montré l'importance d'une réassurance des MG sur les possibilités de PEC après repérage, le réseau de soins dédié pourrait faire l'objet d'une traçabilité de façon à être facilement consultable par les professionnels de santé ayant besoin d'adresser un patient.

Les sollicitations exprimées par les médecins font échos aux différentes missions de la coordination nationale pour le TDAH qui comptent parmi elles (32) :

- Une organisation locorégionale en filières de soins avec un maillage territorial national

- Le désengorgement des filières et la simplification d'accès aux soins visant à la réduction des délais d'attente pour une évaluation ou une confirmation diagnostique avant introduction d'un traitement médicamenteux

- Le développement de moyens informatiques sur la lisibilité de la filière

- Le développement d'un travail commun entre les différents professionnels de santé intervenant auprès des patients atteints de TDAH

- La sensibilisation des médecins de premier recours

- L'habilitation des addictologues et psychiatres y compris libéraux à initier la prescription des thérapeutiques médicamenteuses.

- La qualité et la continuité de l'accompagnement des patients

- La sortie des patients les plus précaires et les plus sévèrement atteints de l'exclusion des soins

- Le fait de stimuler la formation des professionnels de santé et de lancer une dynamique de formation médicale continue.

- Par la mise en place des différentes perspectives précédemment citées, la diminution du coup sociétal global.

d. Est-il judicieux de repérer tous les TDAH de l'adulte ?

Dans une volonté de limiter l'embolisation des rares consultations spécialisées, se pose la question de l'intérêt de repérer « tous les TDAH » ou bien de privilégier ceux présentant un impact fonctionnel significatif ou des comorbidités. De plus, l'indication à une PEC médicamenteuse ou non médicamenteuse dépend de l'importance de l'impact fonctionnel du TDAH (10). Par ailleurs, nous savons que le repérage du TDAH chez les patients consommateurs de SPA représente un enjeu majeur pour le pronostic addictologique. Ne sont-ils pas, dans ce sens, les premiers à devoir faire l'objet d'un effort de repérage en soins primaires ?

Nous pouvons constater par ailleurs un décalage entre les résultats de notre étude montrant que les MG n'avaient pas l'habitude de repérer un TDAH chez leurs patients adultes et les courriers de MG reçus de plus en plus fréquemment par les spécialistes qui doivent dans ce contexte prioriser les demandes.

e. Vers des recommandations de bonne pratique pour les MG ?

Les recommandations de la société française d'alcoologie soulignent l'intérêt de rechercher de manière réflexe des comorbidités psychiatriques chez les sujets présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool. (34)

Aussi, en regard de la forte prévalence de la comorbidité TDAH/TLUS ainsi que de l'influence notoire du TDAH dans le développement et l'évolution des TUS, nous pourrions imaginer des futures recommandations à destination des MG incluant la recherche d'un TDAH dans l'évaluation systématique des sujets présentant un TLUS.

La temporalité de ce repérage pourrait également faire l'objet d'une réflexion en regard des effets des substances sur les cognitions et l'adhésion aux soins des individus. Ainsi, le consensus international récemment publié sur le dépistage, le

diagnostic et le traitement des patients avec TLUS en cas de comorbidité avec un TDAH suggère de commencer le repérage le plus tôt possible dès qu'il n'y a plus de symptôme sévère de sevrage, et à distance d'une intoxication importante (21).

f. Difficultés propres au domaine de l'addictologie en médecine générale

Cette étude souligne l'inconfort voire l'appréhension de certains MG à traiter les problématiques liées à l'addictologie dans leur pratique. On pourrait alors s'interroger sur les facteurs responsables de ces difficultés.

Les MG sont parmi les intervenants les mieux placés pour réaliser des interventions brèves, faire de la prévention et dépister le TLUS. Ils sont des professionnels de premier recours, et connaissent parfois plus facilement l'environnement et le cadre de vie de leurs patients. Leur polyvalence les amène à traiter de nombreux troubles directement liés aux consommations de substances. De plus, le suivi au long cours des patients favorise l'établissement d'une relation de confiance et permettrait à ces médecins de repérer, à l'occasion de consultations pour divers motifs, un TLUS.

Les MG, pourtant désireux d'aider leurs patients et conscients de l'importance de leur implication dans ce domaine, sont souvent peu à l'aise avec l'évocation des consommations en consultation (35).

Face à des patients présentant un TLUS, ils sont partagés entre le désir de les aider et le sentiment d'insatisfaction éprouvé à les accompagner (36). Les nombreuses réticences des MG à s'impliquer en addictologie sont notamment expliquées par les motifs suivants: le sentiment d'inefficacité à induire un changement de comportement, la perception d'un manque de formation et de compétences, la crainte de dégrader la

relation médecin-malade ou encore le temps nécessaire à consacrer à ces patients (36).

g. Perspectives pour la recherche

Il pourrait être intéressant de se pencher sur l'influence de l'obtention de l'AMM de la RITALINE® LP, du CONCERTA® et du MEDIKINET® et des futures recommandations de la HAS sur les habitudes en matière de repérage et de PEC du TDAH en médecine générale.

En effet, la possibilité de PEC médicamenteuse après obtention du diagnostic pourrait contribuer à la légitimation du repérage du TDAH de l'adulte en soins primaires aux yeux de certains MG en représentant une réponse concrète pour les patients. En parallèle, la publication de recommandations par la HAS permettrait d'asseoir l'importance du repérage du TDAH en soins primaires.

Conclusion

Les singularités cliniques du TDAH de l'adulte pouvant rendre son repérage complexe, partir des consommations de SPA pourrait permettre de mieux cibler les patients.

Les MG exerçant dans la région des Hauts-de-France n'avaient pas développé d'habitude en matière de repérage du TDAH chez leurs patients adultes consommateurs de SPA. Plusieurs freins à l'intégration de cette pratique ont été mis en évidence.

La sensibilisation des MG aux enjeux du repérage et à la pathologie duelle, la démocratisation des outils d'aide au repérage, le développement d'une collaboration ville-hôpital ou généraliste-spécialiste efficiente et le renforcement de la visibilité de la filière sont autant de défis nécessaires à un changement pérenne des habitudes professionnelles.

La publication par la HAS de recommandations dédiées au repérage du TDAH de l'adulte en soins primaires permettra l'obtention d'un cadre officiel guidant les pratiques et suggère des changements prometteurs.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xliv, 947 p. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed).
2. 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'Encephale*. févr 2020;46(1):30-40.
3. Dobrosavljevic M, Solares C, Cortese S, Andershed H, Larsson H. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. nov 2020;118:282-9.
4. Fischer-Janny M. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité : à propos d'une étude de prévalence au sein d'une population de patients adultes toxicomanes. 2013.
5. Micoulaud-Franchi JA, Weibel S, Weiss M, Gachet M, Guichard K, Bioulac S, et al. Validation of the French Version of the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Self-Report in a Large Cohort of Adult Patients With ADHD. *J Atten Disord*. août 2019;23(10):1148-59.
6. Ustun B, Adler LA, Rudin C, Faraone SV, Spencer TJ, Berglund P, et al. The World Health Organization Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*. 1 mai 2017;74(5):520-7.
7. Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity

disorder: a nationwide cohort study. Lancet Lond Engl. 30 mai 2015;385(9983):2190-6.

8. 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 Psychiatry. 2019;56(1):14-34.

9. Carton L, Boumendjel M, Menard O, Kammerer E. Bon usage du méthylphénidate dans le TDAH de l'adulte. Courr Addict. 30 sept 2022;XXIV(3):11-6.

10. Rapport de réunion de la commission de la transparence [Internet]. HAS; 2021 oct [cité 6 oct 2022] p. 14. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/compte_rendu_ct_17112022.pdf

11. Fiche info - RITALINE L.P. 10 mg, gélule à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=61810983>

12. Fiche info - CONCERTA LP 18 mg, comprimé à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=60756917>

13. Résumé des caractéristiques du produit - MEDIKINET 10 mg, gélule à libération modifiée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63000533&typedoc=R>

14. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des

enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).

15. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).

16. Zahonero É. Repérage du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez l'adulte en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2020.

17. Bourin MS, Brands B, Harro J, De Lima L, Munyimba Yeta CLC, Pennings EJM, et al. Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance - Trente-cinquième rapport [Internet]. Hammamet, Tunisie: Organisation mondiale de la santé; 2012 juin [cité 23 sept 2022]. Disponible sur:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78615/WHO_TRS_973_fre.pdf;jsessionid=9A1D13150F07AF6D157E16503B1C9B?sequence=1

18. Janhsen K, Roser P, Hoffmann K. The problems of long-term treatment with benzodiazepines and related substances. Dtsch Arzteblatt Int. 5 janv 2015;112(1-2):1-7.

19. Rolland B, Bouhassira D, Authier N, Auriacombe M, Martinez V, Polomeni P, et al. [Misuse and dependence on prescription opioids: Prevention, identification and treatment]. Rev Med Interne. août 2017;38(8):539-46.

20. Gazel C, Fatseas M, Auriacombe M. Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? (What changes in the DSM-5 for addictions?). *Lett Psychiatr*. 1 janv 2014;10:50-3.
21. 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*. 1 juin 2022;34(2):55-67.
22. Lescut C. Intrications épidémiologiques entre le trouble déficit de l'attention et hyperactivité chez l'adulte et le trouble de l'usage de l'alcool : une revue systématique de la littérature [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2015 [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-5543>
23. Sadek J. *Clinician's Guide to Adult ADHD Comorbidities*. Cham: Springer International Publishing; 2017.
24. Vink JM, Treur JL, Pasman JA, Schellekens A. Investigating genetic correlation and causality between nicotine dependence and ADHD in a broader psychiatric context. *Am J Med Genet*. oct 2021;186(7):423-9.
25. Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Repérage, diagnostic et prise en charge des adultes - Note de cadrage [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3302480/fr/trouble-du-neurodeveloppement/-tdah-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-des-adultes-note-de-cadrage

26. Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A, et al. initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé - CNGE productions; 2021. 192 p.
27. Chabal S. Les fiches en ligne de la lettre du CEDIP, Fiche n°62: les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information In: CEDIP (centre d'évaluation de documentation et d'innovation pédagogiques). 2014;
28. Fédération Française d'Addictologie, Coordination nationale TDAH adultes. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : les mesures préconisées par la Coordination nationale TDAH Adultes. Paris; 2021 mars.
29. Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité à tous les âges : Fiche Parcours : Offre de formation [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: [https://offre-de-
formations.univ-lyon1.fr/parcours-1397/trouble-deficit-de-l-attention-hyperactivite-a-
tous-les-ages.html](https://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-1397/trouble-deficit-de-l-attention-hyperactivite-a-tous-les-ages.html)
30. 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.
31. Baylé FJ, Krebs MO, Martin C, Bouvard MP, Wender P. [French version of Wender Utah rating scale (WURS)]. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* mars 2003;48(2):132.
32. Brevik EJ, Lundervold AJ, Haavik J, Posserud MB. Validity and accuracy of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Self-Report Scale (ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS) symptom checklists in discriminating between adults with and without ADHD. *Brain Behav.* juin 2020;10(6):e01605.

33. C. Cabelguen, Bouzlama V, Claret-Tournier A, Delivre-Melhorne J, Favro F, Grégoire M, et al. Structuration de la filière TDAH adulte. Groupe de travail sur la structuration de la filière de soins pour le TDAH du grand adolescent et de l'adulte; 2022 oct. (Coordination Nationale pour le TDAH de l'adulte).
34. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie Addictologie. 15 mars 2015;37(1):5-84.
35. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générales. Doss DREES. juill 2021;(80).
36. Geonget E. Difficultés rencontrées par les internes de médecine générale face aux patients ayant un mésusage de l'alcool: analyse des 187 portfolios présentés à l'université de Bordeaux en 2014. 2017;182.

Annexe 1 - Échelle WFIRS-S

WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE – SELF REPORT (WFIRS-S)

Nom: _____ Date: _____ Date de naissance: _____

Travail: _____ Temps plein ____ Temps partiel ____ Autre: _____

Études: _____ Temps plein ____ Temps partiel ____

Encercliez le chiffre de l'énoncé qui décrit le mieux les effets de vos troubles émotionnels ou de comportement sur chaque item pendant le dernier mois.

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	nia
A	FAMILLE					
1	Nuisent aux relations avec les membres de votre famille					
2	Causent des problèmes dans votre couple					
3	Font que vous comptez sur les autres afin qu'ils fassent des choses à votre place					
4	Causent des querelles familiales					
5	Empêchent la famille de s'amuser ensemble					
6	Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille					
7	Causent des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille					
8	Empêchent de rester calme ou d'éviter de vous fâcher					
B	TRAVAIL					
1	Difficulté à effectuer ce qui est demandé					
2	Rendement de travail affecté					
3	Problèmes avec votre supérieur(e)					
4	Difficulté à maintenir un emploi					
5	Congédiement ou perte d'emploi					
6	Difficulté à travailler en groupe					
7	Manque du travail, absentéisme					
8	Arrive en retard, retardataire					
9	Difficulté à entreprendre de nouvelles tâches					
10	Difficulté à atteindre votre plein potentiel					
11	Faibles évaluations de rendement					
C	ÉCOLE					
1	Difficulté à prendre des notes					
2	Difficulté à compléter vos devoirs ou projets					
3	Difficulté à effectuer adéquatement vos travaux					
4	Problèmes avec votre enseignant(e)					
5	Problèmes avec le personnel administratif					
6	Difficulté à maintenir le minimum des pré-requis scolaires					
7	Ne se présente pas à ses cours, absentéisme					
8	Arrive en retard, retardataire					
9	Difficulté à atteindre votre plein potentiel					
10	Résultats scolaires instables					
D	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéos					
2	Problèmes d'hygiène personnelle					
3	Difficulté à se préparer à temps pour quitter la maison le matin					
4	Difficulté à se préparer au coucher					
5	Problèmes de nutrition					
6	Problèmes sexuels					
7	Troubles du sommeil					

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
8	Accident ou blessure					
9	Inactivité physique					
10	Difficulté à respecter rendez-vous réguliers chez le médecin ou le dentiste					
11	Difficulté avec les tâches ménagères					
12	Difficulté à gérer vos finances					
E	CONCEPT DE SOI					
1	Mauvaise perception de vous-mêmes					
2	Frustré(e) face à vous-même					
3	Sentiment de découragement					
4	Insatisfait(e) de votre vie					
5	Impression d'être incompetent(e)					
F	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1	Vous argumentez avec les autres					
2	Difficulté de coopérer avec les autres					
3	Difficulté à vous entendre avec les autres					
4	Difficulté à vous amuser/avoir du plaisir avec les autres					
5	Difficulté à avoir des activités de loisirs					
6	Difficulté à vous faire de nouveaux amis					
7	Difficulté à maintenir vos relations d'amitié					
8	Vous tenez des propos inappropriés					
9	Plaintes des voisins					
G	COMPORTEMENTS À RISQUE					
1	Conduite automobile agressive					
2	Faire autre chose tout en conduisant					
3	Rages au volant					
4	Détruire ou endommager des biens					
5	Poser des gestes illicites					
6	Ennuis avec la police					
7	Cigarette					
8	Marijuana					
9	Consommation d'alcool					
10	Consommation de drogues illicites					
11	Relations sexuelles non protégées (condom, pilule contraceptive)					
12	Comportement sexuel inapproprié					
13	Être agressif(ve) physiquement					
14	Être agressif(ve) verbalement					

Nombre d'énoncés notés 2 ou 3

A	Famille			/
B	Travail			/
C	École			/
D	Aptitudes à la vie quotidienne			/
E	Concept de soi			/
F	Fonctionnement social			/
G	Comportements à risque			/
Total				/

Pointage total

A	Famille		/
B	Travail		/
C	École		/
D	Aptitudes à la vie quotidienne		/
E	Concept de soi		/
F	Fonctionnement social		/
G	Comportements à risque		/
Total			/

Pointage moyen (NIA Articles non inclus au total)

A	Famille	
B	Travail	
C	École	
D	Aptitudes à la vie quotidienne	
E	Concept de soi	
F	Fonctionnement social	
G	Comportements à risque	
Total		

© Cette échelle est la propriété de Margaret Danielle Weiss, MD, Ph.D. L'échelle peut être utilisée sans frais par les cliniciens et les chercheurs, affichées sur l'Internet ou reproduites selon le besoin. L'échelle ne peut pas être modifiée. Pour toute traduction, il faut obtenir préalablement l'autorisation de l'auteur. Veuillez communiquer avec Dre Weiss à margaret.weiss@icloud.com si vous désirez afficher l'échelle sur l'Internet, l'utiliser dans une recherche ou si vous voulez la traduire.

Annexe 2 - Grille d'entretien

1. Questions principales

N°1 - Bonjour, merci de m'accorder cet entretien. Pouvez-vous vous présenter ?

N°2 - Qu'est-ce que selon vous le TDAH de l'adulte ?

N°3 - Dans quelles circonstances avez-vous déjà été confronté(e) dans l'exercice de votre profession au TDAH de l'adulte ?

N°4 - Quand envisagez-vous un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez un patient adulte ?

N°5 - Pouvez-vous me raconter une expérience personnelle, une situation en lien avec le TDAH adulte et des consommations de SPA ?

N°6 - Dans le cadre de l'évaluation de vos patients adultes consommateurs de substances psychoactives, quand posez-vous des questions en lien avec l'existence d'un TDAH ?

N°7 - Quels seraient vos suggestions pour faciliter/améliorer le repérage de ce trouble en médecine générale ?

N°8 - Que pensez-vous de la collaboration ville/hôpital dans la prise en charge du TDAH de l'adulte ?

N°9 - Connaissez-vous quelqu'un susceptible de répondre à cet entretien ?

2. Grille avec relances intermédiaires possibles :

- **Bonjour, merci de m'accorder cet entretien. Pouvez-vous vous présenter ?**

Relance (R): Quel est votre mode d'exercice ? Depuis quand êtes-vous installé ? Où travaillez-vous ?

- **Qu'est-ce que selon vous le TDAH de l'adulte ?**

R: Qu'est-ce que le TDAH de l'adulte vous évoque ?

R: *Que pensez-vous de la persistance des symptômes à l'âge adulte ?*

- **Dans quelles circonstances avez-vous déjà été confronté(e) dans l'exercice de votre profession au TDAH de l'adulte ?**
- **Quand envisagez-vous un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez un patient adulte ?**

R: *Quels éléments anamnestiques, quels comportements, quelles plaintes fonctionnelles ou éléments médicaux vous invitent à penser à ce trouble ?*

R: *Souhaitez-vous me parler d'une situation concrète en lien avec ce que nous venons d'évoquer ?*

- **Pouvez-vous me raconter une expérience personnelle, une situation en lien avec le TDAH adulte ?**

R: *Dans quelles circonstances avez-vous déjà été confronté(e) dans l'exercice de votre profession au TDAH de l'adulte ?*

R: *Quel est selon vous le lien entre TDAH et conduites addictives ?*

R: *Comment associez-vous les deux pathologies ?*

- **Dans le cadre de l'évaluation de vos patients adultes consommateurs de substances psychoactives, quand posez-vous des questions en lien avec l'existence d'un TDAH ?**

R: *Quelle est votre utilisation des auto-questionnaires de dépistage ?*

- **Quels seraient vos suggestions pour faciliter/améliorer le repérage de ce trouble en médecine générale ?**

R: *Quels seraient vos besoins en tant que professionnels de soins primaires ?*

R: *Pouvez-vous me faire part de vos craintes /difficultés/obstacles en lien avec ce repérage ?*

- **Que pensez-vous de la collaboration ville/hôpital dans la prise en charge du TDAH de l'adulte ?**

R: *Comment procédez-vous en pratique pour accompagner un patient chez qui vous suspecter ce trouble ?*

R: Avez-vous autre chose à rajouter ?

- **Connaissez-vous quelqu'un susceptible de répondre à cet entretien ?**

3. Les modifications principales effectuées avec le temps :

La question « Que représente pour vous le TDAH de l'adulte ? » a été remplacée par « Qu'est-ce que selon vous le TDAH de l'adulte ? ».

L'ordre des questions n°3, n°4, n°5 a été remanié plusieurs fois dans une volonté de progression logique des idées.

L'intitulé de l'ensemble des questions a été simplifié après l'entretien pilote.

La question 3 a été modifiée pour n'interroger que le TDAH indépendamment des consommations de SPA tandis que la question 5 a été repensée pour interroger simultanément le TDAH et les consommations de SPA.

Le nombre de questions est passé de 13 à 9. Certaines questions ont été supprimées : elles pouvaient être utilisées en relance si elles trouvaient naturellement leur place dans l'échange, et n'étaient plus systématiques.

Annexe 3 - Formulaire de consentement

**REPERAGE DU TDAH CHEZ LES PATIENTS ADULTES
CONSOMMATEURS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES PAR LE
MEDECIN GENERALISTE DANS LES HAUTS DE FRANCE.**

Je, soussigné(e) _____ consens à participer à l'étude, à l'enregistrement audio / visio et à la retranscription anonyme des données recueillies au cours de l'entretien mené par RIBSTEIN ALEXIA.

Date : _____

Signature :

« Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre à l'Université Catholique de Lille de traiter votre consentement. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats. »

Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certain cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ».

Si vous acceptez que vos données soient utilisées pour cette étude, merci de retourner ce coupon à l'adresse ci-contre

**REPERAGE DU TDAH CHEZ LES PATIENTS
ADULTES CONSOMMATEURS DE
SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES PAR LE
MEDECIN GENERALISTE DANS LES HAUTS DE
FRANCE.**

Alexia.ribstein@numericable.fr

Tel que fourni par la Faculté Libre de Médecine et de Maïeutique.

Annexe 4 - Échelle ASRS v1.1

ÉCHELLE D'AUTOÉVALUATION DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC / SANS HYPERACTIVITÉ CHEZ L'ADULTE V1.1 (ASRS-V1.1)

Tiré du *Composite International Diagnostic Interview* de l'OMS
(Entretien diagnostique international global)
© Organisation mondiale de la santé

Directives

Les questions de la page suivante sont formulées afin de favoriser un échange entre vous et votre patient et aider à confirmer s'il souffre des symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Description : l'échelle d'autoévaluation des symptômes du TDAH chez l'adulte est un instrument qui comprend les 18 critères du DSM-IV-TR. L'expérience a montré que 6 de ces 18 questions prédisent le mieux les symptômes s'apparentant au TDAH. Ces 6 questions sont à l'origine du test de dépistage ASRS v1.1 (*ASRS v1.1 Screener*) et constituent également la partie A de l'échelle d'autoévaluation des symptômes. La partie B de l'échelle d'autoévaluation des symptômes regroupe les 12 autres questions.

Symptômes

1. Demandez au patient de répondre aux questions des parties A et B en faisant un X dans la case qui correspond le mieux au niveau de présence de chaque symptôme.
2. Calculez le résultat total de la partie A. Si quatre cases ou plus sont cochées dans la zone ombrée, cela signifie que le patient présente des symptômes qui peuvent correspondre à ceux du TDAH chez l'adulte et qu'une évaluation plus poussée est justifiée.
3. Les résultats de la partie B fournissent des indices additionnels et peuvent être utiles pour explorer davantage les symptômes du patient. Accordez une attention particulière aux X inscrits dans les cases de la zone ombrée. Le niveau de présence des symptômes est plus sensible pour certaines questions. On n'utilise pas de résultat total ni de taux de probabilité diagnostique pour ces 12 questions. L'expérience a montré que les 6 questions de la partie A offrent la meilleure valeur de prédiction du TDAH et qu'elles conviennent le mieux au dépistage.

Handicaps

1. Révisez toutes les questions de l'échelle d'autoévaluation des symptômes avec votre patient et évaluez le degré de handicap relié à chaque symptôme.
2. Tenez compte des différents contextes : au travail / à l'école, dans la vie sociale et la vie familiale.
3. Le niveau de présence d'un symptôme témoigne souvent de sa gravité ; par conséquent, l'échelle d'autoévaluation des symptômes peut également servir à l'évaluation des handicaps. Si votre patient manifeste des symptômes fréquents, vous pourriez lui demander dans quelle mesure ces difficultés nuisent à ses aptitudes au travail, dans ses tâches domestiques, dans ses relations avec autrui (ie : avec son conjoint ou sa conjointe ou avec un autre proche).

Antécédents

1. Évaluez la présence de ces symptômes ou de symptômes semblables durant l'enfance. Les adultes atteints d'un TDAH n'ont pas nécessairement reçu un diagnostic formel pendant leur enfance. Pour évaluer les antécédents d'un patient, recherchez des signes de troubles de l'attention ou de la maîtrise de soi apparus à un jeune âge ou présents depuis longtemps. Certains symptômes importants devraient être apparus durant l'enfance, mais la présence de la gamme complète des symptômes n'est pas requise.

ÉCHELLE D'AUTOÉVALUATION DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC / SANS HYPERACTIVITÉ CHEZ L'ADULTE V1.1 (ASRS-V1.1)

Nom : _____

Date : _____ / _____ / _____

Partie A

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et comment vous vous êtes comporté **au cours des 6 derniers mois**. Veuillez remettre le questionnaire rempli à votre médecin ou à un autre professionnel lors de votre prochain rendez-vous afin de discuter des résultats.

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites?					
2. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation?					
3. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?					
4. Quand vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard?					
5. À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée?					
6. À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur?					

Partie B

7. À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des fautes d'étourderie lorsque vous travaillez à un projet ennuyeux ou difficile?					
8. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif?					
9. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer sur les propos de votre interlocuteur, même s'il s'adresse directement à vous?					
10. À la maison ou au travail, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'égarer des choses ou d'avoir des difficultés à les retrouver?					
11. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être distrait par l'activité ou par le bruit autour de vous?					
12. À quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter votre siège pendant des réunions ou d'autres situations où vous devriez rester assis?					
13. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous tenir tranquille?					
14. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous détendre et à vous reposer dans vos temps libres?					
15. À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler de façon excessive à l'occasion de rencontres sociales?					
16. Pendant une conversation, à quelle fréquence vous arrive-t-il de terminer les phrases de vos interlocuteurs avant que ces derniers aient le temps de les finir?					
17. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à attendre votre tour lorsque vous devriez le faire?					
18. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'interrompre les gens lorsqu'ils sont occupés?					

Traduction française non validée pour fins d'études cliniques par Martin Lefleur, Ph.D.
Service de psychologie, Centre Hospitalier Robert Giffard, Institut universitaire en santé mentale, Québec, (Qc), Canada, 2007.
La version anglaise de cette échelle (ASRS v1.1) est protégée par le droit d'auteur de l'Organisation mondiale de la santé (© 2005, OMS).

AUTEURE : Nom : RIBSTEIN

Prénom : Alexia

Date de soutenance : 18 janvier 2023

Titre de la thèse : Repérage du TDAH chez les patients adultes consommateurs de substances psychoactives par le médecin généraliste dans les Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES : Médecine générale

Mots-clés : TDAH, médecine générale, addictions, soins primaires

Résumé

Introduction : Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) de l'adulte est un trouble fréquent, méconnu, sous-diagnostiqué, avec un impact fonctionnel d'intensité variable. Un trouble lié à l'usage de substances (TLUS) y est fréquemment associé et peut faire suspecter le diagnostic chez un patient adulte. Le médecin généraliste (MG), en tant que médecin de proximité, est en première ligne pour repérer le TDAH de l'adulte. L'objectif de cette étude était d'étudier les attitudes des MG des Hauts-De-France vis à vis du repérage du TDAH chez les patients adultes consommateurs de substances psychoactives (SPA).

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 15 MG des Hauts-de-France. Les données l'analyse ont été codées. La saturation des données a été atteinte.

Résultats : Le repérage du TDAH chez les patients adultes consommateurs de SPA par le MG n'était pas courant. La connaissance du TDAH de l'adulte et de l'association TDAH/TLUS par les MG était aléatoire, tributaire d'un apprentissage empirique. L'intérêt de resserrer les liens avec le spécialiste semblait primordial. Les MG interrogés manifestaient toutefois leur intérêt pour le sujet et signifiaient vouloir agir dans l'intérêt premier du patient.

Conclusion : Le TDAH de l'adulte est globalement mal connu des MG. Les principaux défis à mener concernent le développement de la formation des MG et l'amélioration de la coordination entre professionnels de soins primaires et spécialistes.

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Madame le Docteur Anne BENARD

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Louise CARTON