



HAL
open science

Parcours de soins dans le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent : données probantes actuelles et pratiques de mise en œuvre

Arnaud Carlier

► To cite this version:

Arnaud Carlier. Parcours de soins dans le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent : données probantes actuelles et pratiques de mise en œuvre. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04468984

HAL Id: dumas-04468984

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04468984>

Submitted on 20 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Arnaud CARLIER

Le lundi 16 Octobre 2023

**Parcours de soins dans le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité
chez l'enfant et l'adolescent - données probantes actuelles et pratiques de
mise en œuvre**

Directeur de thèse :

Professeur Diane PURPER-OUAKIL – Professeur des Universités

JURY

Président :

Professeur Diane PURPER-OUAKIL – Professeur des Universités

Assesseurs :

Professeur Delphine CAPDEVIELLE – Professeur des Universités

Docteur Marie GACHET – Praticien Hospitalier

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023
PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHEFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Hélène
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUITER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude LANDAIS Paul ZANCA Michel

BASTIEN Patrick LARREY Dominique

BLANC François LE QUELLEC Alain

BONAFE Alain MARES Pierre

BOULENGER Jean-Philippe MAUDELONDE Thierry

BOURREL Gérard MAURY Michèle

BRINGER Jacques MESSNER Patrick

CLAUSTRES Mireille MILLAT Bertrand

COMBE Bernard MONNIER Louis

DAURES Jean-Pierre MOURAD Georges

DAUZAT Michel PREFAUT Christian

DAVY Jean-Marc PUJOL Rémy

DEDET Jean-Pierre RIBSTEIN Jean

ELEDJAM Jean-Jacques SCHVED Jean-François

GROLLEAU RAOUX Robert SULTAN Charles

GUERRIER Bernard TOUCHON Jacques

GUILLOT Bernard UZIEL Alain

JONQUET Olivier VOISIN Michel

Docteurs Emerites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicalesPneumologie
DEMOLY Pascal	; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges- Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Biologie
PUJOL Pascal	cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre BORIE	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Frédéric BOURDIN	Chirurgie viscérale et digestive
Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie

CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie

MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	ANATOMIE et cytologie pathologiques
Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent GABELLE	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GELIS Anthony	Medecine physique et de réadaptation
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PARIS Françoise	Histologie, embryologie et cytogénétique
PELLESTOR Franck	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
POUDEROUX Philippe	Anatomie et cytologie pathologiques
RIGAU Valérie	Pédiatrie
RIVIER François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROGER Claire	Hématologie ; transfusion
ROSSI Jean François	Cardiologie
ROUBILLE François	Médecine d'urgence
SEBBANE Mustapha	Pédiatrie
SIRVENT Nicolas	Biologie cellulaire
SOLASSOL Jérôme	Parasitologie et mycologie
STERKERS Yvon	Dermato-vénéréologie
STOEBNER Pierre	Nutrition
SULTAN Ariane	Neurologie
THOUVENOT Éric	Urologie
THURET Rodolphe	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
TUAILLON Edouard	

VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	
VINCENT Thierry	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes) LAOUDJ

CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire) PERRIGAULT

Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)QUANTIN Xavier

(Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé Médecine
RICHARD Bruno	palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier MOUZAT	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Kévin PANABIERES	Biochimie et biologie moléculaire
Catherine RAVEL	Biologie cellulaire
Christophe SCHUSTER-	Parasitologie et mycologie
BECK Iris THEVENIN-	Physiologie
RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie Génétique
BERGOUIGNOUX Anne	Neurochirurgie
BOETTO Julien	Immunologie
CHIRIAC Anca	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DE JONG Audrey	Biophysique et médecine nucléaire
DESHAYES Emmanuel	Dermato-vénéréologie Cancérologie
DU THANH Aurélie	; radiothérapie
FITENI Frédéric	Histologie, embryologie et cytogénétiquePhysiologie
GATINOIS Vincent GOUZI	Hématologie, transfusion
Farès HERBAUX Charles	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicaleParasitologie
HUBERLANT Stéphanie	et mycologie
LEVEQUE Maude	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MAKINSON Alain MARIA	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
Alexandre PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BERNEX Florence	Physiologie Biologie
CHAZAL Nathalie	cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniquesSciences
HENRY Laurent	biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences

LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé Sciences
LOZZA Catherine	physico-chimiques et technologies pharmaceutiques Sciences
MAIMOUN Laurent	physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé Science
MOREAUX Jérôme	biologiques, fondamentales et cliniques Neurosciences
MORITZ-GASSER Sylvie	Philosophie
MOUTOT Gilles	Physiologie
PASSERIEUX Emilie	Histologie
RAMIREZ Jean-Marie	Sciences du Médicament et autres produits de santé
RAYNAUD Fabrice	Biologie Cellulaire
TAULAN Magali	

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie MINET

Mathilde PAVAGEAU

Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie ROCH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
Benoît SARRABAY	Pneumologie, addictologie
Guillaume	Génétique
SOUICHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH Chargés d'enseignement

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHEREDONNADIEU-RIGOLE Hélène	LETERTRE Simon		RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh
AMOUROUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESSE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI EI Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD	JGINIES Patrick	MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNYS Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Frédéric	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xav	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Hélène	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE Gil	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	
BOUYABRINE Hassan	DI CASTRI Alberto	LEGLISE Marie Suzanne	RICHAUD-MOREL Brigitte	

Avant-Propos

Cette étude est le fruit de l'intérêt partagé pour la recherche et la pratique clinique associé aux qualités de *management* de Madame le Professeur Diane Purper-Ouakil au sein du service de médecin psychologique de l'enfant et l'adolescent (MPEA) de l'hôpital Saint-Éloi du CHU de Montpellier. Je souhaite que ce travail reflète la promesse d'un élan novateur pour la spécialité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, discipline en pleine mutation, que la pédopsychiatrie Montpelliéraine, sous l'égide de Mesdames les Professeurs Amaria Baghdadli et Diane Purper-Ouakil, accompagne activement. Je remercie particulièrement le Professeur Diane Purper-Ouakil ainsi que l'ensemble des professionnels du MPEA pour l'aide apportée lors de la réalisation de cette étude.

Remerciements

A ma directrice de thèse et président de jury, Madame le Professeur Diane Purper-Ouakil,

Je vous remercie pour votre accompagnement, encouragement, positivité et sérénité durant ce travail de thèse, que vous m'avez aidé à aboutir avec succès. Je vous remercie aussi pour vos qualités de pédagogie et votre écoute auprès des internes, qui ont suscité mon intérêt pour la pédopsychiatrie.

A Madame le Professeur Amaria Baghdadli, coordinatrice du DES de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,

Merci de m'avoir accepté tardivement au sein de ce cercle très fermé des (futurs) médecins psychiatres de l'enfant et de l'adolescent. Votre sympathie et votre vivacité m'ont immédiatement confortés dans mon choix. J'espère avoir l'occasion de travailler à vos côtés dans un futur proche.

A mon jury de thèse, Madame le Professeur Delphine Capdevielle et Madame le Docteur Marie Gachet,

Madame le Professeur Delphine Capdevielle, je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Par ailleurs, je tenais à vous remercier personnellement pour le soutien que vous m'avez accordé dans mon projet de travailler auprès des adolescents et des jeunes adultes. C'est avec un immense plaisir que j'envisage de travailler en collaboration avec votre service.

Madame le Docteur Marie Gachet, je te remercie d'être membre de ce jury. Je suis très content de te savoir témoin de ce jour si particulier. Avoir une amie à mes côtés me touche tout particulièrement. Et m'aidera sûrement à moins stresser sous ton regard chaleureux et bienveillant !

Je tiens à remercier l'ensemble des équipes médicales avec qui j'ai travaillé et qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

A ces deux premières années d'internat et ce semestre de thèse au CHU de Nîmes,

Monsieur le Docteur Mocrane Abbar je vous remercie pour vos enseignements cliniques, votre perspicacité et votre vision de la psychiatrie que vous transmettez à ces générations d'internes. Pour ces gardes passées ensemble que vous savez si bien agréments. Vous êtes le Patron de psychiatrie nîmoise.

Monsieur le Professeur Jorge Lopez-Castroman je te remercie de m'avoir accompagné lors de mes premiers pas d'interne de psychiatrie, pour ta transmission de connaissance inépuisable, le partage de ton goût pour la recherche et évidemment ta sympathie et bienveillance. J'espère te retrouver bientôt en Espagne pour partager un verre et des tapas dont tu as le secret.

Je remercie également l'ensemble des autres médecins nîmois avec qui j'ai eu la chance de côtoyer ; **Fabrice Boulet** pour ton pragmatisme, ton côté fun et surtout de m'avoir appris l'esprit de synthèse, **Loïc Boumelita** mon ami, pour ta bienveillance et ta sagesse, pour ton indulgence après mes 1ers lendemains d'amélioré, pour cette envie de vivre que tu m'as transmise après ton décès ; **Pr Ismaël Conejero** pour ta rigueur, ton sens de l'analyse et de la critique, ta finesse d'esprit scientifique, et ton journal club ! ; **Ariane Molenat, Emmanuel Lafay et Virginie Théron** pour m'avoir instillé le goût de la pédopsychiatrie, **Vanessa Nguyen** pour l'avoir entretenu.

Je remercie chaleureusement les soignants de mon premier semestre dans le service de l'**UEMP**, Vickie, Pascal, Souade, Laurent, Christian, Cyril, Babette, Karine et Cécile, vous qui avez forgé le psychiatre que je suis, dans notre petit îlot si peu adapté à la réanimation psychologique, perdu au fond du hall 4/-4 entre les toilettes et les urgentistes, pour votre expérience inestimable, votre soutien quasi parental, pour nos joies et nos peines, pour vos qualités humaines, petites fourmis à l'échelle d'un CHU mais des superhéros pour beaucoup de patients et famille.

Au service du MPEA et au service Euzière de la Colombière au CHU de Montpellier,

Je remercie ces médecins, mes seniors, qui ont participé activement à ma formation, **Clarence** pour m'avoir fait aimer de m'occuper des pires ados, **Nathalie** pour m'avoir enseigné l'art de la TDAHologie, **Alexandra** pour la discipline et l'organisation que tu m'as appris (avec une touche maternelle et British des plus charmantes), **Radu** pour tes enseignements inestimables et tes anecdotes cliniques inextinguibles.

Pour tous soignants de l'UTPA, du service de Géronto-Psychiatrie, de l'UJA, du SULP pédopsy et le CMPEA Est au CHU de Nîmes et au service Euzière, de l'UCDS et la Villa des deux Ruisseaux, un grand merci à ce que vous m'avez apporté, j'ai pris énormément de plaisir à travailler à vos côtés.

Je remercie ma famille,

Mes parents, Papa et Maman, vous qui m'avez soutenu depuis 29 ans et ces 11 dernières années de médecine. Pour les valeurs humaines et spirituelles que vous m'avez inculquées, faisant de moi l'homme et le médecin que je suis. Et un fils qui souhaite vous rendre fier de ce qu'il est. Maman, je te remercie pour ton soutien sans faille depuis le concours de PACES à Gayant Expo, pour ta douceur et ton amour de mère et pour le goût de l'aventure que tu m'as transmis. Papa, je te remercie pour ta rigueur et tes conseils avisés, pour le goût du travail et pour ta passion pour la voile que tu m'as communiquée.

Mes frères et sœurs,

Mayeul, pour m'avoir accueilli un bon nombre de fois chez toi quand lors de mes révisions lorsque j'étais encore étudiant à Lille, pour m'avoir offert un petit échappatoire très précieux le temps d'une après-midi ou une soirée.

Baudouin, pour m'avoir offert, durant ces longues études, une fenêtre de distraction vers d'autres univers, tant musicaux avec notre goût partagé pour les vinyles, que fantaisistes à travers les jeux vidéo, manga, film SF, BD ou juste tes idées farfelues.

Maylis, pour t'être occupée de moi lors de mes périodes de révisions intensives quand nous étions en colocation, spécialement à ce mois entier à nous nourrir de croque-monsieur/Adventure Time en P2. Et pour ton aide digitale pour l'aboutissement de cette thèse.

Etienne, mon frère jumeau, pour t'être aussi occupé de moi quand nous étions en colocation, pour ton soutien indéfectible, ton pragmatisme, ta clairvoyance, ta fermeté et bien d'autres qualités qui m'inspirent et qui font de nos échanges des moments précieux et un enrichissement inépuisable.

Bibi la petite dernière, qui n'est décidément plus aussi petite que dans mes premiers souvenirs depuis ta naissance, pour la qualité de ta réflexion, ta spontanéité et ton sens prononcé pour les humanités, transformant nos conversations en de belles tirades d'ouverture d'esprit et sur le monde.

Mes grands-parents Carlier et Parise, pour l'amour que vous avez porté à vos petits-enfants. J'aurais aimé que vous soyez encore là pour voir l'aboutissement de ce long cursus que vous m'avez vu entamer.

Papy et Mamie, les sciences médicales et la psychiatrie m'ont permis de mesurer ô combien les difficultés que vous avez traversé furent difficiles. C'est rempli d'affection et toujours en émoi que je pense à vous. J'espère à mon tour pouvoir un jour aider les parents connaissant vos peines.

Grand-Père et Bonne-Maman, pour cette multitude de souvenirs d'enfance que vous m'avez offert à La Péronne ou à Embruns, pour votre vitalité que vous m'avez transmise, pour ce goût pour les balades et la nature, pour vos récits de jeunesse qui m'ont fasciné et pour la sagesse apprise de votre vie.

Je remercie mes amis,

Les Lillois,

Ceux de la première heure,

Corentin et Antoine, ainsi que vos familles qui nous ont vu grandir, depuis notre voyage à Lourdes, au Jurançon et à nos premiers excès, à nos virées avec la 4L ou la Cox, l'Ardèche, Sarzeau, tellement de péripéties, jusqu'à nos dernières soirées encore cet été. Encore merci pour votre soutien, conseil etc etc... Je vous aime les gars ! Sans oublier **Valentin**, compagnon marchombre, qui sans toi, je n'aurais jamais découvert l'escalade dans le down de mes études de médecine, à ces soirées passées à la salle de grimpe, ces escapades nocturnes sur les toits lillois et tous ces bivouacs incroyables ! **Derash** pour ta loyauté indéfectible, ta plus grande qualité. **Gauthier** pour ton côté bon vivant sans pareil, joyeux luron qui ne manque jamais de découverte ou de longue discussion.

A mes mentors de la grimpe,

Lloyd et Bruno, pour m'avoir ouvert sur un autre univers que la médecine me permettant de trouver un équilibre dans ces études si longues. Pour avoir forgé mes doigts tels des pitons dans une falaise, pour la patience que vous avez eu d'apprendre à des grands débutants le B.A.BA de la verticalité lors de nos entraînements à la salle ou nos premières sorties en falaise !

Mes amitiés de la fac de médecine Henri Warembourg,

Victor, pour l'ami et le frère que tu es, pour notre coup de foudre en D4, pour ce don si spécial que tu as de m'ouvrir les yeux vers l'infini quand nous nous retrouvons, pour ce regard si chaleureux que tu as envers moi et qui me surprendra toujours autant !

Marie, pour ton écoute et ta fidélité, pour ta réactivité et ta présence indéfectible, pour ta douceur et ta tendresse, pour la seconde petite sœur que tu es à mes yeux. Et à nos futurs rando à l'île de la Réunion !

Mazarine, pour ce rire et cette joie de vivre que tu dégages malgré toi. Je suis si heureux de vous savoir partager votre vie avec Victor, c'est un réel bonheur de vous avoir dans la mienne.

Et bien d'autres dont je ne pourrais citer tous les prénoms, je pense notamment à **Elise**, puisque nous nous suivons depuis le métro en PACES, **Charlotte** pour la vibe incroyable que tu as et que je capte même si tu es loin, **Thibault** pour nous avoir sauvé la vie sur l'autoroute lorsque nous quitions le nord rejoignant « Marseille bébé » pour que tu y ailles y faire ta vie d'interne et pour ton flegme réunionnais aussi doux qu'un cari.

Les Montpelliérains,

Ces Lillois précurseurs,

Marina et Antoine, vous qui m'avez fait découvrir Montpellier et donné envie de venir y vivre, pour votre amitié depuis la salle d'escalade à Lille, notre première sortie en falaise de notre vie dans les Ardennes à Monthermé, pour l'apprentissage de la slack et bien plus tard de la Highline. **Marina**, pour ta chaleur solaire, ton amour à l'espagnole, pour ta spontanéité et ta joie de vivre, pour nos conversations de psy qui ne sont pas prêtes d'être interrompues ! **Antoine**, pour ta sensibilité, ton écoute, ton sens du feeling incroyable, tant en highline que dans les relations humaines. Pour m'avoir appris à marcher dans les airs, à ce jour où nous ferons des run côte à côte !

Pour tous les amis de la forêt, des rivières et des montagnes,

Les amis de la falaise et des sommets enneigés,

La cordée de glace fromage bière, Jam, Zack, Nico et Sam, pour avoir découvert les liens qui unissent une cordée, savant mélange de camaraderie et résilience, pour nos premiers sommets en ski-alpinisme, en TA et les mètres de cascade de glace que nous avons avalé les lendemains de soirées animées en gîtes ou refuge, nourris au fromage bien gras et arrosé de Génépi et tout autre spiritueux. Et pour toutes nos courses qui arriveront ces prochaines saisons !

Au Club Alpin Français, qui est un monument du monde de la montagne, qui est une école de vie, de partage et de convivialité sans pareil.

Camille et Laura, les PYAFS, ces super-héroïnes de la montagne qui ont révolutionné mon univers de la verticalité et de l'engagement. Toutes les deux, Camille par ta présence et Laura par ta disparition, vous m'avez enseigné la valeur de ma propre vie malgré l'engagement et le risque,

et l'importance de poursuivre la voie de la vie, une ouverture parfois cotée ED+ mais qui vaut le coup d'être escaladée.

Arthur, pour ta patience de me supporter dans le 7^{ème} degré et d'abimer ta corde à vitesse grand V. A la Carmina qu'on fera une bonne fois pour toutes, une fois nos thèses respectives derrière nous !

Les copains et copines de la slack, pour tous ces moments précieux en nature, dont le contraste avec l'hôpital est si rafraîchissant, je pense à Sylvain L, Sylvain & Neige, Omar, Yvan.

Pour tous mes amis psychiatres, mes co-internes et ma promo,

Ma promo, Valerian, Emma, Camille, Sarah, Margaux, Fanny, Hanae, Romain, Damien, Aurel, Ameline, Orane, Pierre et Marion, parce que ça été une joie de nous voir devenir des psychiatres tout au long de l'internat, partageant nos cas cliniques les plus intéressants, nos difficultés, mais aussi la douceur de la vie Nîmoise et Montpelliéraine.

Mes co-internes, Damien, Constance, Sylvie et Lucie, pour avoir géré les courriers à ma place pendant que je répondais au téléphone, pour votre anxiété qui a su booster ma capacité d'organisation, pour nos fous rires pour le plus grand n'importe quoi, pour l'humour et l'impatience de Damien, pour les cancre de l'UCDS et nous fous-rire avec toi Constance, pour Sylvie qui m'a fait prendre 10kg, pour le parfum sonore de Lucie.

Les copains et copines psy, Steph, Haas, Vico, le petit Victor <3 (désolé c'est Sylvie qui m'a imprimé ça en tête), Mémé, Eléonore C et Eléonore B, Soso, Raph, So, RGD, Lou, Céline, Blandine et Dam parce que tous autant que vous êtes, je passe toujours des super moments avec vous, de complicité et de partage. Mon seul regret, c'est de ne pas en connaître plus !

Aurèle, car « tvms » je le sais bien au fond de toi, et nos HAV « tvsht », pour cette amitié construite à Doumergue puis dans la coloc, parce que nous ne sommes pas nés sous la même étoile mais que nos tempéraments contraires ont réuni, parce que je sais que je peux trouver en toi un ami loyal et fidèle, parce que ton côté H me fait mourir de rire, parce que notre amitié est à l'épreuve de nos colères, nos peines et nos joies. Pour notre passion commune pour les couteaux, la cuisine, les mangas et la philo. A nos longues nuits à refaire le monde dans la caravane. Et parce que la paternité te réussit bien, à ta merveilleuse famille avec Marie et Alba.

Jacques, pour nos similarités troublantes qui nous ont tout de suite accroché, que ce soit à l'escalade, au parc avec la slack ou en cuisine. Pour ces soirées à débattre sur l'univers tant psy que profane, autour d'un plat délicieusement préparé par tes soins. Pour notre goût pour la fermentation quelle qu'elle soit. Et surtout pour ton écoute et ta sagesse que tu m'offres avec ton amitié.

Jules, pour ta présence, ton écoute et ta générosité, pour notre passion commune de la voile et les heures passées sur l'eau en ta compagnie, échanger tant sur la nature humaine, la psychiatrie que l'amour sous toutes ses formes. Pour toutes nos nav que nous ferons ensemble très bientôt !

Valerian, pour ton calme, ton contact apaisant et ton œil avisé de fin clinicien dont tu m'as maintes fois fait profiter. Je te remercie pour ta confiance et la qualité des moments partagés qui m'ont très souvent aidé à percevoir le monde sous un autre jour. A la Trumélité, santé !

Hanaé, merci d'avoir été là dans les moments difficiles et merci de me faire sourire avec ton tempérament malicieux bien caché doublé d'une gentillesse inégalée.

Robin, roi du Steph, co-ambassadeur du partage (avec Vico !), le fillot que j'ai eu le plaisir de voir devenir interne de psy avant même l'internat, pour ton rire gras et réconfortant, pour ton flegme et ta zénitude digne d'un Yogi.

Pour ces amitiés nées pendant l'internat,

La poterie,

Gaspard, depuis cette première soirée « *pipe and wine* » à Caremeau en ta compagnie qui a scellé cette amitié construite autour de l'aventure et des côtes de beauf. Pour ta loyauté et ta droiture sans faille, pour ton énergie de golden, pour ton tempérament intrépide, pour ton rire communicatif.

Nathalie, pour ta simplicité, ta bienveillance, ta gentillesse, ta justesse et ton souci de l'autre, autant de qualité qui avec ta capacité à fédérer font de toi une amie chère et précieuse. Pour tous ces trajets en train passés ensemble, pour ces aventures en falaise ou en rando, qui font de toi et de Gaspard ma cordée de cœur.

Guy, amis de la première heure avec le fidèle golden, à nos soirées à 3 à l'internat à regarder des séries, puis te ligoter, et ensuite partir à la pêche en pleine nuit sous le rythme endiablé d'une flûte bien trop aigue et 24 cheeseburgers. Pour ta finesse d'esprit et ton savoir-vivre, ainsi que les conv sur l'oreiller.

Eva, pour ta sympathie, ta perspicacité et ton humour noir. Mais aussi pour les innombrables examens cliniques ainsi que les soins que tu m'as prodigués pour « SOS Arnal cassé ».

Lélé, pour la sorcière de doudou et ton petit démon en toi qui nous surprendra toujours, mais aussi ton sens du devoir et ta fidélité, caché derrière ta réserve, qui une fois passée, laisse découvrir une fille aux qualités extraordinaires.

Popo, pour l'autre sorcière de doudou, mais dans le registre de la subtilité et de l'élégance de la « haute », pour ces sourires complices et charmeurs dont je ne me lasserai pas, pour ton côté maternel qui me fait fondre.

La Nick, dernière sorcière de doudou, qui faut l'avouer la première que je t'ai vue je me suis dit : « c'est qui cette ahurie ?? » mais qui finalement, l'hyperactivité et la joie de vivre a su gagner très largement mon cœur, faisant de toi un vrai rayon de soleil au quotidien.

Rob, le grand sorcier au rire sardonique, pour ta capacité à réunir les amis, à nous divertir grâce à tes qualités sociales et humaines, pour ta bienveillance et ta prévenance, ta qualité d'écoute, ton soutien et tes conseils avisés, un ami précieux comme on en a rarement !

Bobo, pour ta présence apaisante, ton flegme, ta simplicité et ta discrétion. Cette force tranquille de la poterie, il en fallait bien un avec tous ces agités !

Ces amitiés florissantes, nées au gré des rencontres, vous tous avec qui j'ai eu l'occasion de partager de moments de vie forts, touchants, amusants, et avec qui j'aimerais que ça continue, je pense à Laure-Alice, Salomé, Adèle, Guigui, Léo, Mathilde, Charles, Etienne, Béné, Lise, Pierre, Nejm, Julien, Toto, Amélie et Ben.

Louise, pour cette énergie incroyable que je n'avais pas soupçonnée, que la *Cerise Gate* a révélé, que les moult voyages patho ont nourris, pour la qualité de ta confiance et de ta tendresse, parce qu'ensemble plus rien n'a de limites en dehors de notre imagination.

A ces amitiés,

Dont j'ai oublié le nom,

Celles que le temps et la distance ont séparées,

Celles que nous avons abîmés et les loupés,

Celles où nous nous sommes heurtés sans se rencontrer,

Pourtant celles-ci aussi m'ont construit.

Sommaire

Glossaire	26
Introduction	28
Données épidémiologiques et le parcours de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA).....	28
Définition, épidémiologique et outils thérapeutiques du TDAH.....	29
Le parcours de soins dans le TDAH.....	31
Matériel & Méthode	33
Evaluation du parcours de soins du TDAH.....	33
Description du parcours de soins.....	33
Recueil des données de l'étude.....	36
Résultats	39
Discussion	60
Conclusion	69
Bibliographie	70
Annexes	79

Glossaire

PEA : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

OMS : l'organisation mondiale de la santé

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

TCC : thérapie-cognitivo-comportementale

MPEA : service de médecine psychologique de l'enfant et l'adolescent

TCA : trouble des conduites alimentaires

CPP : Comité de Protection des Personnes

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CMPEA : centres médico-psychologiques pour enfants et adolescent

SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique

CAMSP : centre d'action médico-spécialisé précoce

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

ADHD-RS-IV: attention-deficit/hyperactivity disorder rating scale IV

K-SADS-PL: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version

WISC-V: Wechsler Intelligence Scale for Children

IRM : imagerie à résonance magnétique

EEG : électro-encéphalogramme

ECG : électrocardiogramme

AEEH : allocation d'éducation enfant handicapé

MDPH : Maison Départementale des Handicapés

AESH : accompagnant d'élève en situation de handicap

GEVA-sco : guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation

PAP : projet d'accueil personnalisé

PAI : projet d'accueil individualisé

CNED : centre national s'enseignement à distance

ULIS : unités localisées pour l'inclusion scolaire

SEGPA : sections d'enseignement général et professionnel adapté

IME : instituts médico-éducatifs

ITEP : instituts thérapeutiques éducatif et pédagogique

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

HDJ : hôpital de jour

Introduction

Données épidémiologiques et le parcours de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA)

La santé mentale est une composante essentielle de la santé et représente bien plus que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale est un « *état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* » (1). Les troubles psychiques sont parmi les troubles les plus fréquents chez les enfants et adolescents. A travers le monde, les dernières estimations indiquent que 10 à 20% des enfants âgés de 3 à 18 ans seraient concernés chaque année (2–6). Selon cette étude épidémiologique récente (2), les troubles les plus fréquents seraient le trouble déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) (9.8%) et les troubles anxieux (9.6%), les troubles du comportement (8.9%), puis la dépression (4.4%). De plus, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes, car environ un tiers des enfants ou adolescents souffrant d'au moins un trouble psychique aurait une comorbidité psychiatrique associée (7).

Les premières années de la vie sont déterminantes pour le développement psycho-affectif des enfants, leurs apprentissages et leur capacité à s'adapter dans leur future vie d'adulte. Cependant, il est depuis longtemps observé que les enfants et adolescents souffrant d'un trouble psychique sont mal ou peu repérés, retardant l'instauration d'une prise en charge médicale adaptée, parfois jusqu'à une dizaine d'années depuis l'apparition des premières difficultés (8). En France comme dans d'autres pays industrialisés, seule la moitié des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques bénéficierait d'une prise en charge spécialisée (9), en raison d'un manque de gradation des soins et de structuration d'un parcours de soins progressif. Pourtant, l'impact à long terme des troubles psychiques sur le développement expose les enfants et adolescents à un risque plus important d'être en décrochage scolaire, d'avoir des difficultés psychosociales, d'avoir une moins bonne intégration professionnelle ou relationnelle, des addictions, des maladies chroniques (psychiatriques ou non-psychiatriques), un risque suicidaire plus élevé et une plus grande utilisation des services de santé (10–15).

Par conséquent, la mise en place d'un parcours de soins efficient en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) est un enjeu majeur de santé publique (1,5). Au cours de la dernière décennie, les soins primaires, c'est-à-dire les soins de premier recours ou de proximité, tels que la médecine générale ou la pédiatrie, sont devenus les premiers interlocuteurs et prescripteurs chez l'enfant et l'adolescent ayant des signes de détresse psychique (16,17). Ils sont généralement plus disponibles, plus faciles d'accès et perçus comme moins stigmatisants que les soins secondaires ou tertiaires, représentés par les services spécialisés de psychiatrie (18–20). Néanmoins, le manque de spécialistes référents, d'avis médical face à une situations complexe et de formation en psychopathologie ou psychopharmacologie, sont autant de barrières que les acteurs de santé de première ligne rencontrent quotidiennement. De ce fait, une coordination efficace entre ces trois secteurs est nécessaire (21,22).

Définition, épidémiologique et outils thérapeutiques du TDAH

Comme énoncé précédemment, le TDAH est le trouble le plus fréquemment rencontré en PEA. Il s'agit d'un trouble du neurodéveloppement, à savoir, une affection débutant précocement durant le développement de l'enfant ou de l'adolescent, caractérisé par des déficits du développement, entraînant une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. Le TDAH est caractérisé par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité se situant à l'extrême d'un continuum de la distribution normale de ces caractéristiques au sein d'une population. L'inattention se manifeste, sur le plan comportemental, par une distractibilité, un manque de persévérance, du mal à soutenir son attention et le fait d'être désorganisé. L'hyperactivité correspond à une activité motrice excessive dans des situations où cela est inapproprié. Ce fonctionnement inadapté d'inattention/désorganisation et/ou d'hyperactivité/impulsivité provoque un retentissement négatif au cours de la vie de l'individu (23).

Le TDAH est un trouble fréquent dont la prévalence est estimée entre de 2 à 7% dans l'ensemble de la population mondiale (24). Plus spécifiquement, sa prévalence chez les enfants et adolescents est en moyenne de 5 à 7% (25–27) ; chez les adultes, elle serait autour de 2.8% (28). Les études épidémiologiques retrouvent une prévalence semblable et stable à travers le monde et le temps lorsque les mêmes critères diagnostic sont utilisés (29).

L'altération du fonctionnement et du comportement provoqué par le TDAH a un impact particulièrement négatif sur la qualité de vie (30,31), dans plusieurs dimensions de la vie, telles que la sphère scolaire, relationnelle, familiale ou professionnelle. Cet impact est d'autant plus invalidant qu'il apparaît précocement, perturbant le développement de l'enfant/adolescent.

En effet, les enfants avec TDAH sont plus exposés au rejet par leurs pairs, à cause des difficultés à établir et maintenir des relations sociales ou bien de faire face à l'adversité sociale (32–34). De surcroît, les personnes ayant un TDAH ont un risque plus important d'être exposé aux conflits familiaux (35), d'avoir de moins bonne performance scolaire (36,37), d'être victime de traumatisme physique ou accident (38–40), de grossesse adolescente (41), ou de difficultés judiciaires en raison de comportements délictueux/criminels ou d'incarcération (42). En outre, la littérature décrit qu'il est aussi associé à d'autres maladies chroniques, non psychiatriques, elles même responsables d'une altération de la qualité de vie, comme l'asthme (43,44), l'obésité (45,46) ou l'épilepsie (47). Enfin, il représente un risque plus élevé d'être comorbide avec d'autre trouble du neurodéveloppement et psychiatrique (48) tel que l'autisme (49,50), le handicap intellectuel (51), les tics et syndrome de Gilles de la Tourette (52), trouble des conduites (53), l'épisode dépressif caractérisé et le trouble anxieux (54), les addictions (55), les troubles du sommeil (56) et les troubles de la personnalité borderline et antisociale (57–59).

A ce jour, les axes thérapeutiques du TDAH sont à la fois pharmacologiques, illustrés par les traitements psychostimulants et non-psychostimulants, et non-pharmacologiques, grâce à la psychoéducation et diverses thérapies comportementales.

Depuis sa première synthétisation en 1944, l'effet stimulant du Méthylphénidate (et des dérivés d'amphétamine, peu utilisés en France) a rapidement été identifié, notamment son effet nootrope améliorant la concentration et le comportement des enfants TDAH. Il existe désormais des preuves solides quant à son efficacité, sécurité et tolérance à court et long terme (60–62), entre autres sur l'inattention mais aussi sur la régulation émotionnelle, l'humeur et l'anxiété (63,64). Le fonctionnement global semble de ce fait être meilleur, selon ces études sur la scolarité (65), les accidents (66) ou la criminalité (67).

Les traitements non pharmacologiques ont eux aussi démontré leur efficacité dans la prise en charge du TDAH (68). L'approche comportementale et la formation parentale, mieux connus par les formations *Barkley* et *Incredible Years*, permettent d'améliorer l'attitude éducative des parents, réduisant ainsi les comportements opposants et améliorant la qualité de vie au domicile ; en revanche, la triade symptomatique du TDAH ne semble pas être atténuée (68,69). L'approche cognitive et la thérapie-cognitivo-comportementale (TCC), sont aussi

recommandés dans certaines situations. Leur but est d'aider l'enfant et l'adolescent à adopter des comportements et des pensées plus réfléchis, afin de développer l'autocontrôle et les habiletés sociales. Toutefois leur efficacité est controversée dans la littérature (68,70). D'autres approches comme la remédiation cognitive ou le neurofeedback sont investiguées mais ne sont pas actuellement recommandées dans la prise en charge courante du TDAH en raison de leur manque d'effets spécifiques (71–76). Le rôle de l'alimentation aurait un bénéfice incertain (77,78).

Finalement, l'association de ces deux axes thérapeutiques démontre la meilleure efficacité (61) et est généralement recommandée au vu des données actuelles (63,79).

Le parcours de soins dans le TDAH

Le diagnostic et la coordination thérapeutique du TDAH en France s'est tout d'abord développé dans certains services universitaires de PEA et de neuropédiatrie et a longtemps été centré sur les dispositifs hospitaliers du fait de la prescription initiale hospitalière des psychostimulants. Les dernières décennies ont connu une véritable amélioration de sa compréhension et de sa prise en charge, facilitant son identification, sa sensibilisation et son acceptation. Toutefois, malgré la disponibilité de donnée probante quant à l'efficacité de son traitement, seule une minorité d'enfants ont accès aux services spécialisés (14,79,80), en raison d'obstacles, tels qu'une pénurie de professionnels de santé formés, une hausse des demandes de consultation ou bien des parcours de soins complexes entre les soins primaires et spécialisés (81). Ainsi, la mise en place d'un parcours de soins spécifique au TDAH est devenue un enjeu majeur au sein des services de PEA (82,83). De nombreuses recommandations ont été proposées (84–88), suggérant toutes de manière unanime, une évaluation structurée et complète, à la fois du fonctionnement global et des comorbidités. Leur application en pratique clinique a permis de structurer des parcours de soins auprès d'équipes multidisciplinaires facilitant l'évaluation du TDAH et proposant un large éventail d'options thérapeutiques (89,90).

En France, le TDAH est habituellement diagnostiqué par les médecins spécialistes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ou de neuropédiatrie, selon le parcours de soins convenu localement. L'instauration du traitement et la continuité des soins sont supervisés par des professionnels de soins secondaires, en collaboration avec les professionnels de soins

primaires pour le renouvellement et la surveillance du traitement. Les soins tertiaires sont réservés aux situations cliniques les plus complexes. Devant la persistance des barrières à l'accès aux soins (91) et l'absence de données dans la littérature concernant un parcours de soins adapté au système de santé mentale français, ce travail se propose de décrire le parcours de soins du TDAH utilisé dans le service de médecine psychologique de l'enfant et l'adolescent (MPEA).

Le parcours de soins du TDAH utilisé au MPEA depuis 2011 s'inspire du *Dundee ADHD Clinical Care Pathway* développé par les auteurs anglo-saxons David Coghill et Sarah Seth en 2015 (82). Ils ont proposé un parcours de soins clinique structuré associant une évaluation fondée sur des preuves et une prise en charge s'appuyant sur des lignes directrices validées internationalement. Notre parcours a été adapté de manière pragmatique d'une part en raison de la différence de l'organisation du système de soins français et d'autre part face au manque de professionnels en PEA formés. Nous avons conçu un parcours de soins ambulatoire reposant sur une gradation interne dynamique, de la première évaluation du patient à la surveillance thérapeutique qui concerne tous les enfants et adolescents pour lesquels une consultation est sollicitée. Ce parcours n'est donc pas conditionné à un diagnostic ou à une situation initiale particulière. Cependant d'autres parcours de soins existent dans le service MPEA mais ne seront pas détaillés ici : le parcours soins urgents et psychiatrie de liaison, le parcours psychotraumatisme et le parcours des *troubles des conduites alimentaires* (TCA). De ce fait, l'évaluation d'une situation clinique est adaptée de manière la plus adéquate possible en fonction du champ de compétence requis et du délai selon le niveau d'urgence et de gravité.

L'objectif de cette étude est donc de décrire le parcours de soins en consultation programmée dans un centre de soins secondaire et tertiaire en France avec un focus sur le TDAH. Nous espérons que les informations fournies seront applicables par d'autres en fonction de la structure et des ressources de leurs services de santé locaux.

Matériel & Méthode

Evaluation du parcours de soins du TDAH

L'évaluation de notre parcours de soins inclut les nouveaux patients de 6 à 16 ans ayant consulté pour la première fois au MPEA, du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022. La première consultation correspond au premier contact du patient avec un professionnel du MPEA, indépendamment de sa fonction. Il s'agit d'un médecin spécialiste en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, d'un interne en médecine ou d'un infirmier.

La sélection de la population s'effectue dans un premier temps, à partir des registres de consultation des médecins, internes et infirmiers, fournis par le secrétariat. Un total de 726 consultations a permis de retenir 627 patients, après exclusion des patients de moins de 6 ans ou plus de seize ans, ceux n'ayant pas honoré leur consultation ou des erreurs de programmation. Ensuite, nous avons analysé le dossier médical de chacun de ces patients afin d'exclure : les patients déjà connus du service, c'est-à-dire soit orientés à tort en consultation de « première fois » ou bien ayant un second rendez-vous médical avec un médecin en 2022, succédant à un premier rendez-vous infirmier en 2021 ; sont aussi exclus les patients hors secteur, puisque ne dépendant pas de notre territoire géodémographique, l'offre de soins ne relève pas de notre service, nous ne pouvons donc pas garantir pas une prise en charge ; enfin, les patients dont le dossier médical est inexistant ou trop lacunaire sont sorti de l'analyse. Ainsi, nous obtenons une cohorte de 499 patients.

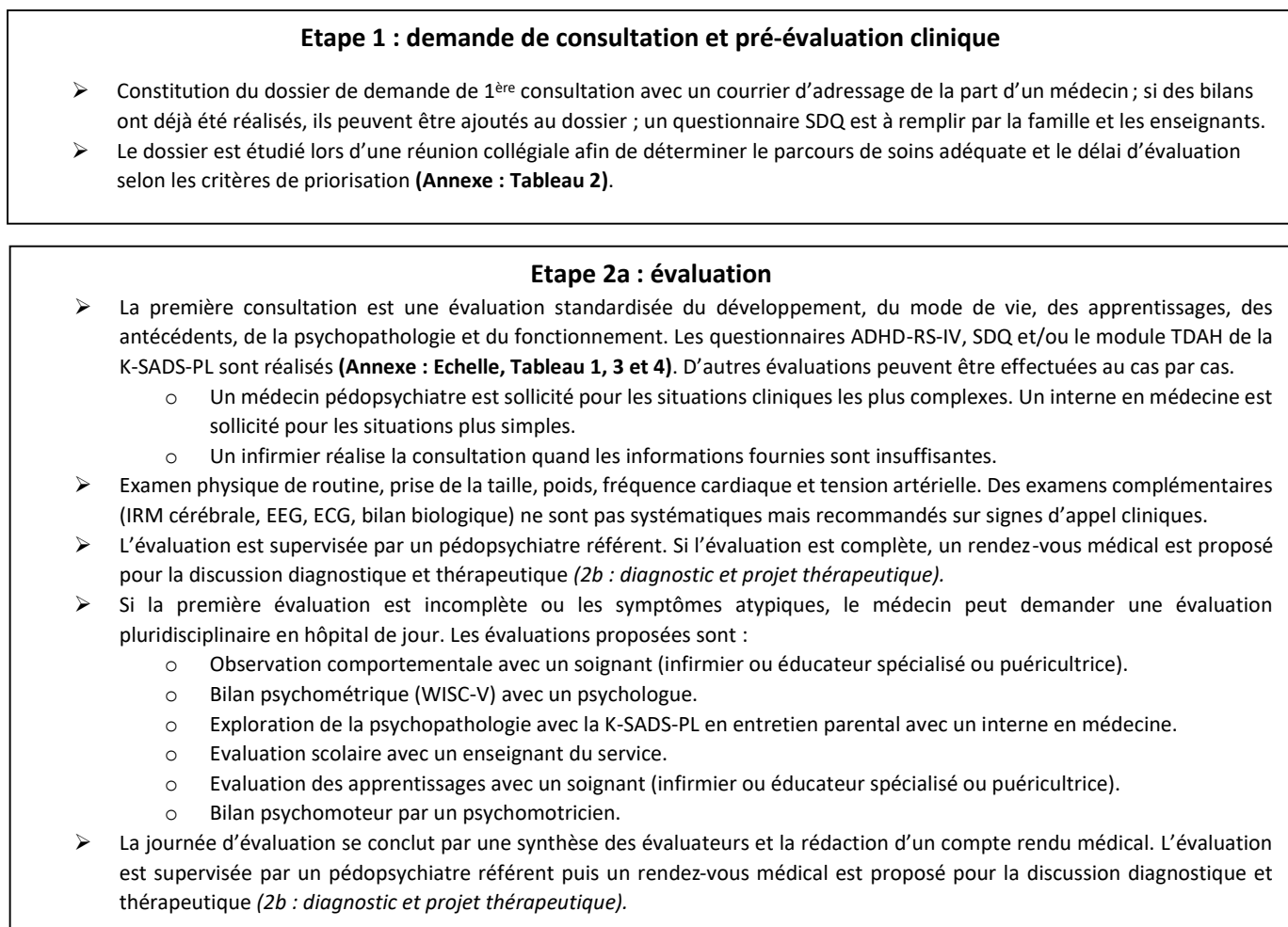
Description du parcours de soins

Le parcours de soins est composé de quatre étapes qui se succèdent invariablement au cours du suivi. La première étape est la demande de consultation et pré-évaluation clinique, suivie de l'étape d'évaluation, de diagnostic et d'annonce du projet thérapeutique, puis de l'étape d'initiation du traitement et enfin de la surveillance et du suivi. La **Figure 1** décrit synthétiquement la mise en œuvre et les objectifs de ces différentes étapes. Nous avons joint en

Annexes la description détaillée du parcours de soins étape par étape ainsi que les protocoles utilisés.

L'évaluation du parcours de soins n'a pas eu le besoin d'être soumis à un accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) ni à l'avis favorable du comité d'éthique.

Figure 1 : Organigramme montrant les quatre étapes du parcours de soins.



Etape 2b : diagnostic et projet thérapeutique

- Le médecin pose un diagnostic (selon le DSM-5) et formule les préconisations de soins lors de la réunion pluridisciplinaire.
- Le retour d'évaluation par le médecin référent ou l'interne, auprès du patient et à sa famille est programmé lors du rendez-vous médical. Si un autre praticien du service a réalisé la 1^{ère} évaluation, il participe à la consultation.
- Les objectifs de la discussion diagnostique et thérapeutique sont les suivants :
 - Synthèse des difficultés, de la demande de soins, du fonctionnement et des symptômes observés.
 - Exploration de la conscience et de la compréhension du trouble.
 - Recherche de contre-indication médicamenteuse et prescription d'examen complémentaire si nécessaire.
 - Annonce diagnostic et psychoéducation.
 - Proposition et explication du projet de soins.
 - Recueil du consentement de la prise en charge.
- La famille et/ou le patient bénéficie d'un délai de réflexion s'ils le souhaitent.
- Si le diagnostic n'est pas un TDAH, alors le patient est orienté dans le parcours de soins qui est plus adapté.

Etape 3 : initiation du traitement

- Lors d'une consultation dédiée (parfois lors de la consultation de retour d'évaluation de l'étape précédente), le médecin met en place le projet de soins, comprenant :
 - Les thérapeutiques non pharmacologiques : inscription à un groupe thérapeutique (parent ou patient), mise en place d'un suivi psychologique et/ou de rééducation.
 - Les thérapeutiques pharmacologiques : initiation d'un traitement médicamenteux si une indication est retenue par le médecin et accepté par la famille et le patient.
 - Les aides scolaires envisageables.
 - Les aides médico-sociales et éducatives envisageables.
- La prise en charge pharmacologique est effectuée par le médecin ou l'interne et se déroule en 3 étapes :
 - Initiation du traitement : présentation du traitement, des effets thérapeutiques attendus, des effets indésirables possibles puis prescription pour la durée de titration de quatre semaines.
 - Titration : augmentation progressive de méthylphénidate jusqu'à la dose cible (1mg/kg).
 - Evaluation de l'efficacité et de la tolérance : en consultation, recherche de la dose minimale efficace selon le meilleur compromis de tolérance/efficacité. La cinétique de la réponse thérapeutique est évaluée avec l'échelle ADHD-RS (**Annexe : Tableau 3 et 4**).
- Si la réponse thérapeutique est insatisfaisante (manque d'efficacité et/ou mal toléré), un ajustement thérapeutique est réalisé. Une consultation de réévaluation est organisée.
- Si la réponse thérapeutique est satisfaisante, le patient passe à l'étape du suivi (4 : *suivi et surveillance*).

Etape 4 : suivi et surveillance

- Le médecin ou l'interne assurent une surveillance thérapeutique à intervalle régulier au cours d'un suivi annuel ou biannuel.
- Un suivi infirmier peut être mis en place afin de garantir un lien entre la structure de soins, la famille et les différents intervenants extérieurs (médico-sociaux, éducatifs, psychologique, médicaux et ou paramédicaux).
- Le patient est orienté vers les soins primaires (médecine générale ou pédiatrie) pour assurer un suivi conjoint rapproché ayant pour objectifs :
 - Surveillance de paramètres cardiovasculaires et de la croissance staturo-pondérale.
 - Renouvellement mensuel du méthylphénidate.
 - Ajustement de la posologie si mauvaise tolérance, nécessitant une réévaluation par le pédopsychiatre.
 - Alerte et oriente vers le service spécialisé en cas de décompensation psychiatrique pour que le patient soit réévalué.
 - Poursuite de la prévention et de la psychoéducation en santé mentale.

Recueil des données de l'étude

Le recueil des données se déroule à partir des informations retrouvées dans le dossier médical informatisé du patient depuis son inclusion jusqu'à une année après la date d'inclusion. Elle s'est déroulée du 26 juin 2023 au 4 juillet 2023. Le dossier médical contient le formulaire de demande de première consultation avec le courrier d'adressage, les comptes rendus de consultation, les recommandations de soins, les échelles, les protocoles, les groupes thérapeutiques, les prescriptions, les certificats médicaux et les bilans effectués au MPEA ou en libéral fournis par la famille. Les données recueillies doivent être clairement exprimées par le médecin psychiatre référent et explicites dans le dossier du patient, attestant de l'orientation du patient dans son parcours de soins, sur l'ensemble de la période de recueil. Nous nous sommes intéressés aux informations suivantes :

- L'âge et le sexe du patient. Nous avons étudié deux tranches d'âge spécifiques : celle des enfants âgés de 6 à 11 ans et celle des adolescents âgés de 12 à 16 ans.
- La provenance du patient, correspondant à personne ou la structure orientant le patient vers notre service. Il s'agit généralement de l'environnement le plus exposé aux difficultés de l'enfant ; ou bien suite à un avis médical de première ligne. Puisque tous les patients adressés dans notre service nécessitent orientation médicale, nous nous sommes plutôt intéressés à rechercher l'origine première de la demande de consultation au travers du recueil des courriers médicaux et des doléances des parents ou de l'école. A noter que l'orientation de la part de l'école peut être formulée par l'enseignant mais aussi le psychologue ou le médecin scolaire.
- L'antériorité d'un suivi médical avant le premier contact avec les soins. Plus particulièrement, si le patient a déjà rencontré un praticien en santé mentale dans les trois dernières années (récent à l'échelle de son développement psycho-affectif) pouvant refléter la préexistence de difficulté psychique, d'apprentissages ou comportementale. Nous avons aussi enregistré les suivis d'équipe médicale spécialisée, médico-sociaux ou éducatifs, étant donné que les maladies non psychiatriques (notamment chroniques ou génétiques) et l'adversité psychosociale sont de puissant facteur de risque de développer des troubles psychiques.

- Le professionnel de notre service de MPEA, parmi un pédopsychiatre, un interne en médecine ou infirmier, ayant réalisé la première évaluation du patient. Dans le cadre de la gradation interne dynamique, les situations médicales sont réparties entre ces différents professionnels par les médecins référents avant l'évaluation.

Dans le cadre de l'étape d'évaluation dans le parcours de soins, une évaluation pluridisciplinaire a-t-elle été réalisée dans le service et avec quels intervenants.

- Quel a été le parcours de soin proposé et avec qui le suivi médical a été mis en place ou préconisé dans la première année après le contact avec le MPEA :
 - Quel professionnel du MPEA (parmi un médecin pédopsychiatre, un interne, un psychologue ou un infirmier) a réalisé le suivi, à condition qu'au moins deux consultations auprès du même intervenant ont été honorées. Il peut aussi s'agir d'une prise en charge pluridisciplinaire, soit en hôpital de jour au MPEA (pour les troubles des conduites alimentaires, pour les refus scolaires anxieux ou les adolescents complexes), ou bien en collaboration avec d'autres spécialités médicales (dans le cas des problématiques de transidentité de genre, nécessitant un suivi endocrinologique ; ou les troubles des conduites alimentaires, nécessitant une prise en charge pédiatrique, gastro-pédiatrique et diététique).
 - La préconisation d'un suivi extérieur au service de MPEA. Il peut être psychiatrique, psychologique, éducatif ou d'une orientation vers un médecin spécialiste pour un bilan ou une prise en charge complémentaire lorsque des diagnostics différentiels ou comorbidités sont suspectées (sur point d'appel clinique).
 - La continuité des soins au cours du suivi. Dans certaines situations le suivi a été arrêté, soit devant l'absence de décompensation psychiatrique, soit lorsque la famille le souhaite. Dans d'autres situations, les patients ont été « perdus de vue » lorsqu'aucune consultation n'a été programmée dans l'année suivant la première évaluation alors qu'un suivi au MPEA a été indiqué. Nous avons distingué les « perdus de vue » après le délai d'une année ; et ceux compris entre sept mois et un an puisque la période de recueil de leurs données n'est hypothétiquement pas terminée.

- Une hospitalisation dans l'un de nos deux services d'hospitalisation complète a-t-elle eu lieu dans l'année suivant la première évaluation.

- Le diagnostic du TDAH dans l'année depuis le premier contact avec les soins.

- La prescription d'un traitement pharmacologique par un médecin du MPEA dans l'année après sa première évaluation. Il peut s'agir d'un traitement initié lors du suivi, ou bien prescrit par un autre médecin et renouvelé par le médecin référent. Nous avons renseigné les classes thérapeutiques principales telles que les antidépresseurs, les anxiolytiques, les neuroleptiques, les psychostimulant en distinguant le méthylphénidate des autres psychostimulants (concrètement, seulement l'atomoxétine en France). La mélatonine n'a pas été retenu puisque ce traitement étant en vente libre en pharmacie, nous ne pouvons garantir un contrôle fiable de la médication déclarée lors du suivi. Cependant, notre recueil de donnée ne préjuge pas du nombre de médicament prescrit au sein de la même classe thérapeutique, ni de la temporalité des associations médicamenteuses.

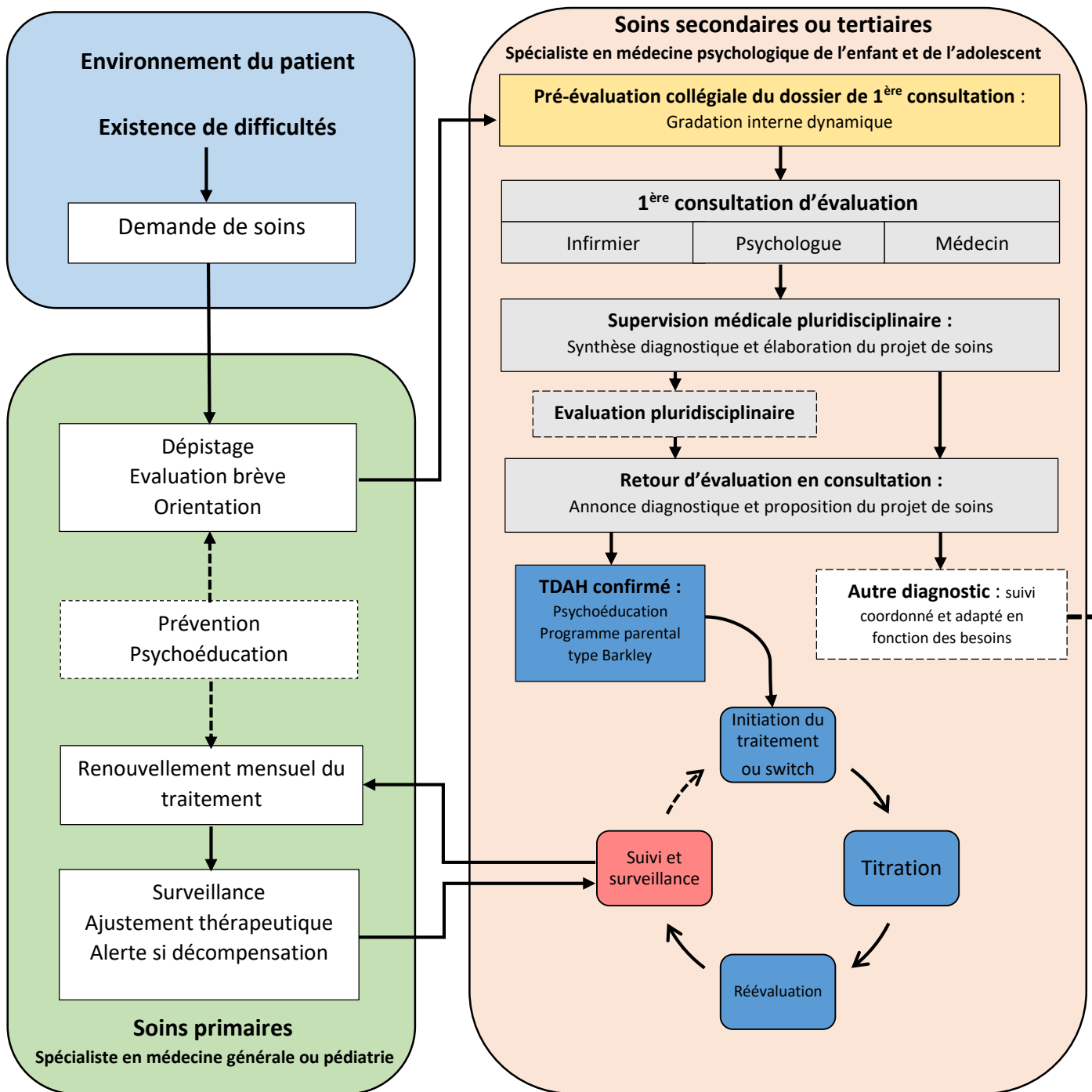
- L'indication ou la réalisation d'un certificat auprès de la Maison Départementale des Handicapés (MDPH) au cours de la première année de suivi. Nous avons distingué quatre situations : aucune indication à réaliser un certificat, indication à réaliser un premier certificat MPDH, un certificat a déjà été rédigé et ne nécessite pas de renouvellement, un certificat a déjà été rédigé et nécessite d'être renouvelé ou actualisé par un médecin du service du MPEA.

- La réalisation actuelle ou passée d'un bilan des apprentissages (bilan orthophoniste du langage écrit, oral ou logico-mathématique, psychomoteur ou ergothérapeutique, orthoptique), d'un bilan psychométrique ou bilan sensoriel (audiométrique et/ou visuel). La première situation, l'un de ces bilans n'a jamais été réalisé et est préconisé dans l'année suivant le premier contact par le médecin référent. La seconde est que le bilan a déjà été réalisé dans les cinq années précédant la première consultation. La troisième est que le bilan a déjà été réalisé dans les cinq dernières années mais le médecin référent a jugé nécessaire qu'il soit actualisé, la quatrième est qu'aucun bilan n'est indiqué.

- Les aménagements scolaires proposés ou mis en place par le médecin référent durant la période de recueil.
- La recommandation ou mise en place d'une scolarité adaptée par le médecin référent dans l'année suivant le premier contact. Dans certains cas, l'enfant ou l'adolescent est déjà scolarisé dans une classe adaptée, nous l'avons donc renseigné.
- La proposition de participation à des groupes thérapeutiques au sein du service. Cela peut être un groupe parental de psychoéducation et formation comportementale comme le stage *Barkley*, le groupe *GCOP* ou *Incredible Years*. Pour les patients ayant un TDAH, il s'agit de groupe fondé sur un apprentissage cognitif et comportemental, illustré par les groupes *ARC* ou *ATOLE*, dont l'indication varie selon l'âge et les besoins identifiés. D'autres groupes sont à disposition selon les comorbidités du TDAH, tel que les groupes parentaux dans le cadre des enfants opposants ou tyrans ; ou des groupes destinés aux patients pour les groupes d'affirmation de soi (*GAS*), *CARE*, habilité sociale, *IDEACTO*, groupe de la gestion de la colère.
- Pour finir, nous avons renseigné le questionnaire *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) initial. Pour l'analyse de l'étude, nous avons utilisé seulement le score total des difficultés pour les questionnaires parentaux et enseignants. Le score prosocial et le score d'impact n'ont pas été utilisés dans la cotation du questionnaire. Nous avons regroupé la variable quantitative numérique du score total en variable qualitative : « négatif » pour un score total « normal » ou « état limite » et « positif » pour un score total « anormal ». Dans certains cas, l'échelle n'a pas été réalisée. Dans d'autres, lorsque des réponses n'étaient pas renseignées, le score maximal était coté ; en revanche, à partir de cinq réponses manquantes, l'échelle était considérée comme ininterprétable.

Résultats

Figure 2 : Représentation simplifiée du parcours de soins du TDAH dans le service de médecine psychologique pour enfant et à adolescent à l'hôpital Saint Eloi (CHU de Montpellier).



Ce schéma représente le parcours de soins du TDAH et la coordination entre l'environnement du patient (sphère familiale, scolaire, médico-sociale ou éducative), les soins primaires et les soins spécialisés. Il illustre de manière simplifiée les quatre étapes du parcours de soins : l'encadré jaune est la première étape de pré-évaluation ; les encadrés gris sont celle d'évaluation, de diagnostic et d'élaboration du projet thérapeutique ; les encadrés bleus sont l'étape d'initiation du traitement ; enfin, l'encadré rouge est la quatrième étape de suivi à distance. La continuité des soins est ensuite confiée aux soins primaires assurant la surveillance rapprochée, le renouvellement du traitement. De ce fait, les soins primaires ont un lien privilégié avec le service, permettant de d'orienter vers un spécialiste en cas de besoin. Selon le niveau de formation du praticien, il participe à la psychoéducation et à la prévention des comorbidités.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population.

Données	Féminin			Masculin			Total		
	TDAH	Non TDAH	Total	TDAH	Non TDAH	Total	TDAH	Non TDAH	Total
Effectif total (% de la population) ¹ *(% des TDAH) ²	112 (22.4%) *(33.5%)	98 (19.6%)	210 (42.1%)	222 (44.5%) *(66.5%)	67 (13.4%)	289 (57.9%)	334 (66.9%) *(100%)	165 (33.1%)	499 (100%)
Moyenne d'âge ³	10.2	12.1	11.1	9.2	10.3	9.4	9.5	11.4	10.1
Effectif des enfants 6-11 ans	75	31	106	176	43	219	251	74	325
% de la population ¹	15%	6.2%	21.2%	35.3%	8.6%	43.9%	50.3%	14.8%	65.1%
% des enfants ⁴	23.1%	9.5%	32.6%	54.2%	13.2%	67.4%	77.2%	22.8%	100%
% des TDAH ²	22.5%			52.7%			75.1%		
Moyenne d'âge ³	8.5	8.6	8.5	8.2	8.6	8.3	8.4	8.6	8.4
Effectif des adolescents 12-16 ans	37	67	104	46	24	70	83	91	174
% de la population ¹	7.4%	13.4%	20.8%	9.2%	4.8%	14%	16.6%	18.2%	34.9%
% des adolescents ⁵	21.3%	38.5%	59.8%	26.4%	13.8%	40.2%	47.7%	52.3%	100%
% des TDAH ²	11.1%			13.8%			24.9%		
Moyenne d'âge ³	13.6	13.7	13.7	12.9	13.3	13	13.3	13.5	13.4

Ce tableau représente les caractéristiques de la population et la répartition selon l'âge, le sexe et le statut diagnostic.

¹ : pourcentage de l'effectif concerné rapporté à celui de l'ensemble de la population.

² : pourcentage de l'effectif concerné rapporté à celui de l'ensemble des patients TDAH.

³ : moyenne d'âge exprimée en années.

⁴ : pourcentage de l'effectif concerné rapporté à celui de l'ensemble des enfants de 6 à 11 ans.

⁵ : pourcentage de l'effectif concerné rapporté à celui de l'ensemble des adolescents de 12 à 16 ans.

L'ensemble des caractéristiques de la population sont décrites dans le **Tableau 1**. La population de l'étude est constituée de 499 patients d'une moyenne d'âge (MA) de 10.1 ans, dont 325 (65.1%) enfants âgés de 6 à 11 ans (MA = 8.4 ans) et 174 (34.9%) adolescents âgés de 12 à 16 ans (MA = 13.4 ans). L'ensemble de la population regroupe 210 (42.1%) filles (MA = 11.1 ans) et 289 (57.9%) garçons (MA = 9.4 ans). Les patients ayant un TDAH représentent 66.9% de la population et sont en moyenne plus jeune (MA[TDAH] = 9.5 ans ; MA[non TDAH] = 11.4 ans). Au sein du groupe TDAH, on observe un sexe ratio de 1:2. Chez les patients avec un TDAH, les garçons sont en moyenne plus jeunes (MA = 9.2 ans) que les filles (MA = 10.2 ans). Les garçons avec un diagnostic de TDAH représentent 44.5% de l'échantillon total alors que les filles TDAH deux fois moins (22.4%).

Dans le groupe d'âge des enfants, le sexe ratio similaire. Les enfants avec TDAH représentent 50.3% de l'effectif de la population totale, dont 77.2% de l'effectif des enfants et 75.1% de l'effectif de l'ensemble des jeunes avec TDAH. Les garçons avec TDAH du groupe enfant représentent un peu plus d'un tiers (35.3%) de la population totale, un peu plus de la moitié du

groupe des enfants (54.2%) et de l'ensemble des jeunes avec TDAH (52.7%). Quant aux filles avec TDAH du groupe enfant, elles représentent 15% de la population totale, 23.1% des enfants et 22.5% des jeunes avec TDAH. Une fois encore, les enfants avec un diagnostic de TDAH sont en moyenne plus jeunes (MA = 8.4 ans) que ceux sans TDAH (MA = 8.6 ans) ; le résultat est similaire quel que soit le genre.

Dans le groupe d'âge des adolescents, le sex-ratio est inversé puisque les filles représentent 59.8% et les garçons 40.2% de l'ensemble de cette tranche d'âge. Les adolescents TDAH représentent 16.6% de l'effectif de l'ensemble population, dont 47.7% de l'effectif des adolescents et 24.9% de l'effectif de l'ensemble des TDAH. Parmi l'ensemble des adolescents, la répartition du genre des jeunes avec TDAH tend à s'équilibrer avec une proportion de filles de 21.3% et 26.4% de garçons. Les adolescents avec TDAH, moins nombreux, représentent 9.2% de la population totale, 26.4% des adolescents et 13.8% de l'ensemble des jeunes avec TDAH ; l'ordre de grandeur de répartition est similaire chez les adolescentes, avec 7.4% d'adolescentes avec TDAH parmi la population totale, 21.3% des adolescents et 11.1% des TDAH. Les adolescents TDAH sont en moyenne plus jeunes (MA = 13.3 ans) que celles sans diagnostic de TDAH (MA = 13.5 ans) ; le résultat est plus marqué au sein des groupes de genre avec une MA de 13.6 ans pour les adolescentes avec TDAH et 12.9 ans pour les adolescents avec TDAH.

On observe dans le **Tableau 2** que 48.7% de la population d'étude n'a pas eu de suivi médical avant de prendre contact avec le service. Au sein du groupe avec TDAH, de manière similaire, la moitié n'a pas eu de suivi antérieur.

Dans la population de l'étude ayant eu un suivi (51.3%), seuls 2.8% des patients ont consulté un médecin de premier recours en soins primaires (médecin généraliste ou un pédiatre) pour des difficultés psychiques. Les proportions sont similaires parmi les patients avec TDAH (2.7% et 1.2%) ou non (3% et 1.8%).

Concernant l'antécédent d'un suivi psychologique, 33.9% de la population totale en a eu un dont 22.6% exclusivement. Quel que soit le diagnostic, l'ordre de grandeur et les proportions sont les mêmes.

Tableau 2 : Suivis antérieurs.

Suivi	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
Aucun suivi antérieur	80	163	243	16%	32,7%	48,7%	32,9%	67,1%	48,5%	48,8%
Déjà un suivi	85	171	256	17%	34,3%	51,3%	33,2%	66,8%	51,5%	51,2%
Suivi psychologique	58	111	169	11,6%	22,2%	33,9%	34,3%	65,7%	35,2%	33,2%
Suivi psychologique seul	39	74	113	7,8%	14,8%	22,6%	34,5%	65,5%	23,6%	22,2%
Suivi pédiatrique ou médecine générale (MG)	5	9	14	1,0%	1,8%	2,8%	35,7%	64,3%	3,0%	2,7%
Suivi pédiatrique ou MG seul	3	4	7	0,6%	0,8%	1,4%	42,9%	57,1%	1,8%	1,2%
Suivi pédopsychiatrique	22	54	76	4,4%	10,8%	15,2%	28,9%	71,1%	13,3%	16,2%
Suivi pédopsychiatrique seul	12	25	37	2,4%	5,0%	7,4%	32,4%	67,6%	7,3%	7,5%
Suivi psychiatrique	3	6	9	0,6%	1,2%	1,8%	33,3%	66,7%	1,8%	1,8%
Suivi psychiatrique seul	0	5	5	0,0%	1,0%	1,0%	0,0%	100,0%	0,0%	1,5%
Suivi psychiatrique ou pédopsychiatrique	24	60	84	4,8%	12,0%	16,8%	28,6%	71,4%	14,5%	18,0%
Suivi psychiatrique ou pédopsychiatrique seul	12	30	42	2,4%	6,0%	8,4%	28,6%	71,4%	7,3%	9,0%
Suivi psychiatrique ou pédopsychiatrique ou Centre Ressource Autisme (CRA) ou neuropédiatrique	28	68	96	5,6%	13,6%	19,2%	29,2%	70,8%	17,0%	20,4%
Suivi psychiatrique ou pédopsychiatrique ou CRA ou neuropédiatrique seul	17	37	54	3,4%	7,4%	10,8%	31,5%	68,5%	10,3%	11,1%
Suivi psychiatrique ou pédopsychiatrique ou CRA ou neuropédiatrique et suivi psychologique	10	27	37	2,0%	5,4%	7,4%	27,0%	73,0%	6,1%	8,1%
Suivi en soins primaires ¹ et suivi psychologique	2	3	5	0,4%	0,6%	1,0%	40,0%	60,0%	1,2%	0,9%
Suivi en soins primaires ¹ et suivi en santé mentale ²	2	5	7	0,4%	1,0%	1,4%	28,6%	71,4%	1,2%	1,5%

Ce tableau décrit la répartition des suivis médicaux antérieurs dans notre population selon le statut diagnostic. Ce sont les suivis au cours des trois dernières années précédant le premier contact avec le service de MPEA. On distingue les suivis par un praticien sans tenir compte des autres suivis associés (aucune mention), d'un suivi exclusif par le praticien (suivi « seul ») ou d'un suivi conjoint (par la mention « et »).

¹ : les suivis en soins primaires comprennent obligatoirement un suivi avec un médecin généraliste ou un pédiatre.

² : le suivi en santé mentale comprend obligatoirement un suivi par un médecin pédopsychiatre ou pédopsychiatre ou un psychologue.

Chez les patients ayant eu un suivi, 16.8% des patients ont consulté un praticien en santé mentale (pédopsychiatre ou psychiatre) et 8.4% exclusivement l'un de ces spécialistes. De manière générale, les pédopsychiatres ont été plus sollicités que les psychiatres adultes (15.2% contre 1.8%). Pareillement, selon le statut diagnostique (TDAH ou non), les ordres de grandeur et les proportions sont les mêmes.

Finalement, très peu de patients ont eu un suivi conjoint avec un médecin de soins primaires (médecin généraliste ou pédiatre) et un professionnel en santé mentale (pédopsychiatre, psychiatre ou psychologue) avant de prendre contact avec notre service : cela représente 1.4% de la population et 1.5% des patients avec TDAH.

Tableau 3 : Provenance de l'orientation vers le MPEA.

Provenance	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH	
Autre ¹	4	8	12	0,8%	1,6%	2,4%	33,3%	66,7%	2,4%	2,4%	
Autre médecin spécialiste ²	3	2	5	0,6%	0,4%	1,0%	60,0%	40,0%	1,8%	0,6%	
Ecole	29	102	131	5,8%	20,4%	26,3%	22,1%	77,9%	17,6%	30,5%	
Educateur spécialisé	1	0	1	0,2%	0,0%	0,2%	100,0%	0,0%	0,6%	0,0%	
Médico-social ³	2	2	4	0,4%	0,4%	0,8%	50,0%	50,0%	1,2%	0,6%	
Médecin généraliste	30	51	81	6,0%	10,2%	16,2%	37,0%	63,0%	18,2%	15,3%	
Neuropédiatre	1	4	5	0,2%	0,8%	1,0%	20,0%	80,0%	0,6%	1,2%	
Parents	39	104	143	7,8%	20,8%	28,7%	27,3%	72,7%	23,6%	31,1%	
Pédiatre	12	26	38	2,4%	5,2%	7,6%	31,6%	68,4%	7,3%	7,8%	
Pédopsychiatre	9	14	23	1,8%	2,8%	4,6%	39,1%	60,9%	5,5%	4,2%	
Psychiatre	5	5	10	1,0%	1,0%	2,0%	50,0%	50,0%	3,0%	1,5%	
Psychologue	9	4	13	1,8%	0,8%	2,6%	69,2%	30,8%	5,5%	1,2%	
Service des urgences	21	12	33	4,2%	2,4%	6,6%	63,6%	36,4%	12,7%	3,6%	

Ce tableau représente la proportion des différents professionnels ou interlocuteurs qui adressent le patient au sein du MPEA pour une évaluation.

¹ : cette catégorie concerne les professionnels paramédicaux tel que les orthophonistes et psychomotriciens.

² : cette catégorie concerne tous les médecins spécialistes en dehors des psychiatres, pédopsychiatres et neuropédiatres. Il peut s'agir dans de rare cas d'équipe pluridisciplinaire ne comprenant pas l'un des spécialistes susmentionnés.

³ : cette catégorie concerne les SESSAD, CAMSP et les MECS.

Dans l'ensemble de la population, le premier interlocuteur orientant le patient vers notre service pour une évaluation (**Tableau 3**) sont les parents à 28.7% puis l'école à 26.3% et enfin les médecins généralistes à 16.2%. De manière moins importante, les pédiatres les pédopsychiatres orientent respectivement 7.6% et 4.6% des patients. On observe que 31.1% des patients avec

TDAH sont orientés par leurs parents, 30.5% par l'école ; contre respectivement 23.6% et 17.6% des patients non TDAH. Les orientations par un médecin généraliste concernent 18.2% des patients sans TDAH et 15.3% des patients avec TDAH. En revanche, les adressages réalisés par les praticiens en santé mentale représentent 9.2% de la population totale : 4.6% sont orientés par un pédopsychiatre, 2% par un psychiatre et 2.6% par un psychologue. Dans les groupes diagnostiques, cela concerne 6.9% des patients avec TDAH et 14% des patients sans TDAH.

Tableau 4 : Gradation interne au sein du MPEA.

Orientation	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
Infirmier	37	144	181	7,4%	28,9%	36,3%	20,4%	79,6%	22,4%	43,1%
Interne en médecine	43	73	116	8,6%	14,6%	23,2%	37,1%	62,9%	26,1%	21,9%
Médecin pédopsychiatre	84	117	201	16,8%	23,4%	40,3%	41,8%	58,2%	50,9%	35,0%
Psychologue	1	0	1	0,2%	0,0%	0,2%	100,0%	0,0%	0,6%	0,0%
Total	165	334	499	33,1%	66,9%	100,0%				

Ce tableau représente la proportion des patients reçus par les différents professionnels en consultation de première évaluation au sein du MPEA.

On observe dans le **Tableau 4** que les médecins reçoivent 40.3% des nouveaux patients en consultation de première fois, les infirmiers en reçoivent 36.3% et enfin les internes 23.2%. Concernant les patients ayant un TDAH, 43.1% sont vus en première intention par des infirmiers, 35% par des médecins et 21.9% par des internes. Il est intéressant de noter, qu'en proportion, 50.9% des patients n'ayant pas de TDAH sont reçus par un médecin et 22.4% par un infirmier.

On observe (**Tableau 5a**) que 79.6% des patients ayant reçu une première évaluation dans notre service bénéficient d'un suivi médical au MPEA par la suite ; cela concerne 85% des patients diagnostiqués avec TDAH et 68.5% des patients sans TDAH.

En outre, la vaste majorité des suivis organisés au MPEA sont effectués par les médecins (61.1%) dont presque la moitié (48.9%) par un médecin exclusivement ; puis 15.2% par des internes (13.8% exclusivement) ; 12.8% par des infirmiers (mais seulement 1.6% exclusivement) ; et 2.6% par un psychologue. Dans le groupe avec TDAH, on retrouve une répartition similaire

Tableau 5a : Suivis mis en place dans le service du MPEA.

Orientation	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
Pédopsychiatre	85	220	305	17,0%	44,1%	61,1%	27,9%	72,1%	51,5%	65,9%
Pédopsychiatre seul	71	173	244	14,2%	34,7%	48,9%	29,1%	70,9%	43,0%	51,8%
Interne en médecine	16	60	76	3,2%	12,0%	15,2%	21,1%	78,9%	9,7%	18,0%
Interne en médecine seul	12	57	69	2,4%	11,4%	13,8%	17,4%	82,6%	7,3%	17,1%
Infirmier	18	46	64	3,6%	9,2%	12,8%	28,1%	71,9%	10,9%	13,8%
Infirmier seul	5	3	8	1,0%	0,6%	1,6%	62,5%	37,5%	3,0%	0,9%
Psychologue	6	7	13	1,2%	1,4%	2,6%	46,2%	53,8%	3,6%	2,1%
Psychologue seul	1	0	1	0,2%	0,0%	0,2%	100,0%	0,0%	0,6%	0,0%
Hôpitaux de jour (HDJ) ¹	42	9	51	8,4%	1,8%	10,2%	82,4%	17,6%	25,5%	2,7%
Total des suivis au MPEA	113	284	397	22,6%	56,9%	79,6%	28,5%	71,5%	68,5%	85,0%
Suivi conjoint ² et infirmier	13	43	56	2,6%	8,6%	11,2%	23,2%	76,8%	7,9%	12,9%
Suivi conjoint ² et psychologue	5	7	12	1,0%	1,4%	2,4%	41,7%	58,3%	3,0%	2,1%
Suivi conjoint ² et HDJ ¹	36	8	44	7,2%	1,6%	8,8%	81,8%	18,2%	21,8%	2,4%

Ce tableau représente la répartition des différents professionnels ayant suivi le patient après son premier contact auprès du service de MPEA.

¹ : hôpitaux de jour (HDJ) pour les troubles des conduites alimentaires, refus scolaire anxieux, adolescents complexes ; et suivi pluridisciplinaire pour une trans-identité de genre et suivi par l'équipe mobile pour adolescent.

² : le suivi conjoint comprend obligatoirement un suivi par un médecin pédopsychiatre ou d'un interne en médecine au sein du MPEA.

avec 65.9% de suivi par un pédopsychiatre (dont 51.8% exclusivement) ; puis 18% par un interne (17.1% exclusivement) ; 13.8% par des infirmiers (0.9% exclusivement). De manière générale, les patients sans TDAH, ont en proportion, moins de suivi au MPEA (**Tableau 5a**) sauf concernant le suivi infirmier exclusif (3%) et psychologique (3.6%). Le suivi dans un *hôpital de jour* (HDJ) concerne 10.2% de la population et concerne seulement 2.7% des TDAH contre 25.5% des non TDAH. Pour finir, dans le cadre du parcours de soins, un patient avec TDAH bénéficie dans 12.9% des cas d'un suivi conjoint avec un médecin (ou interne) et un infirmier ; contre 7.9% s'il n'est pas TDAH.

On observe que 28.3% des patients se voient recommander un suivi médical et 19.4% un suivi en santé mentale en dehors du CMPEA (**Tableau 5b**). Plus précisément, cela concerne respectivement 27.2% et 16.2% des jeunes avec TDAH ; contre 30.3% et 26.1% de ceux sans diagnostic de TDAH. Les orientations de suivis psychiatriques (c'est-à-dire sans suivi psychiatrique

Tableau 5b : Suivis préconisés à l'extérieur du service de MPEA.

Orientation	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH	
Psychiatre/pédopsychiatre	7	10	17	1,4%	2,0%	3,4%	41,2%	58,8%	4,2%	3,0%	
Psychologue	39	46	85	7,8%	9,2%	17,0%	45,9%	54,1%	23,6%	13,8%	
Neuropédiatre	1	2	3	0,2%	0,4%	0,6%	33,3%	66,7%	0,6%	0,6%	
Cardiologue	1	32	33	0,2%	6,4%	6,6%	3,0%	97,0%	0,6%	9,6%	
CRA	5	4	9	1,0%	0,8%	1,8%	55,6%	44,4%	3,0%	1,2%	
Médecin généticien	1	1	2	0,2%	0,2%	0,4%	50,0%	50,0%	0,6%	0,3%	
Médecin du sommeil	0	5	5	0,0%	1,0%	1,0%	0,0%	100,0%	0,0%	1,5%	
Autre médecin spécialiste	1	3	4	0,2%	0,6%	0,8%	25,0%	75,0%	0,6%	0,9%	
Non médicale ¹	1	7	8	0,2%	1,4%	1,6%	12,5%	87,5%	0,6%	2,1%	
Total des orientations médicales	50	91	141	10,0%	18,2%	28,3%	35,5%	64,5%	30,3%	27,2%	
Total des orientations en santé mentale²	43	54	97	8,6%	10,8%	19,4%	44,3%	55,7%	26,1%	16,2%	
Total des suivis au MPEA³ avec une orientation extérieure	26	73	99	5,2%	14,6%	19,8%	26,3%	73,7%	15,8%	21,9%	
Total des suivis MPEA³ avec une orientation vers un suivi psychologique extérieur	21	41	62	4,2%	8,2%	12,4%	33,9%	66,1%	12,7%	12,3%	

Ce tableau représente la proportion des différentes orientations de suivis auprès de professionnels extérieurs au MPEA, préconisées par le médecin référent du MPEA, après la première évaluation lors de la seconde étape du parcours de soins.

¹ : les suivis non médicaux comprennent les suivis éducatifs et dans les structures médico-sociales telles que les SESSAD, CMPP et les MECS.

² : le suivi en santé mentale comprend obligatoirement un suivi par un médecin pédopsychiatre ou pédopsychiatre ou un psychologue à l'extérieur du MPEA.

³ : le suivi au MPEA comprend obligatoirement un suivi par un médecin pédopsychiatre ou d'un interne en médecine au sein du MPEA.

au MPEA) correspondent à 3.4% de la population, 3% des jeunes avec TDAH et 4.2% de ceux sans TDAH. Toutefois, les orientations de suivis psychologiques en dehors du MPEA sont fréquentes, concernant 17% des patients, 13.8% des TDAH et 23.6% des patients sans TDAH. Les orientations vers un cardiologue concernent majoritairement les jeunes avec TDAH (97%) dans le cadre d'un bilan pré-thérapeutique, représentant 9.6% des jeunes avec TDAH. Les orientations de suivis vers d'autres médecins spécialistes sont très faibles (parmi les jeunes avec TDAH, 0.6% vers un neuropédiatre, 1.2% vers un généticien, 1.5% vers la médecine du sommeil). Finalement, parmi les patients bénéficiant d'un suivi avec un médecin du service de MPEA, 19.8% sont aussi orientés vers un professionnel de santé extérieur (21.9% chez les jeunes avec TDAH et 15.8% chez ceux sans TDAH) et 12.4% vers un psychologue extérieur (12.7% chez les jeunes avec TDAH et 12.3% chez ceux sans TDAH).

Tableau 5c : Proportion de l'absence de suivi.

Suivi	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
Total des perdus de vue (PDV) ou arrêt du suivi	49	41	90	9,8%	8,2%	18,0%	54,4%	45,6%	29,7%	12,3%
Perdu de vue > 1 an ¹	22	22	44	4,4%	4,4%	8,8%	50,0%	50,0%	13,3%	6,6%
Perdu de vue < 1 an ²	16	14	30	3,2%	2,8%	6,0%	53,3%	46,7%	9,7%	4,2%
Arrêt du suivi ³	11	5	16	2,2%	1,0%	3,2%	68,8%	31,3%	6,7%	1,5%
Gradation interne MPEA ⁴ : Infirmier mais PDV ou arrêt du suivi	9	9	18	1,8%	1,8%	3,6%	50,0%	50,0%	5,5%	2,7%
Gradation interne MPEA ⁴ : médecin mais PDV ou arrêt du suivi	26	19	45	5,2%	3,8%	9,0%	57,8%	42,2%	15,8%	5,7%
Gradation interne MPEA ⁴ : interne mais PDV ou arrêt du suivi	14	13	27	2,8%	2,6%	5,4%	51,9%	48,1%	8,5%	3,9%

Ce tableau représente la proportion de patient qui n'ont pas eu de suivi au sein du service de MPEA après la première évaluation médicale dans le parcours de soins. Un suivi correspond à au moins 2 consultations avec un professionnel au sein du MPEA.

¹ : absence de suivi investi malgré une proposition par le médecin référent sur une période d'au moins une année.

² : absence de suivi investi malgré une proposition par le médecin référent sur une période comprise entre 7 mois et 1 an.

³ : le suivi a explicitement été arrêté sur décision du médecin ou de la famille.

⁴ : en référence au Tableau 4, la gradation interne indique quel professionnel a reçu le patient en première évaluation médicale.

On observe qu'un total de 18% des patients n'ont pas été suivis dans le service ; cela concerne 12.3% des patients avec TDAH et 29.7% des patients sans TDAH. En effet, le suivi de 3.2% de la population a été arrêté, soit 1.5% des TDAH et 6.7% des non TDAH. Par ailleurs, 14.8% des patients n'ont pas honoré le suivi proposé par le médecin référent, sur une période d'au moins 7 mois suivant la première évaluation (de 7 mois à <1an = 6% ; >1an = 8.8%). Cela concerne 10.8% des patients avec TDAH et 23% des patients sans TDAH.

Tableau 6 : Proportion d'hospitalisation.

Prise en charge	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
Pas d'hospitalisation	155	329	484	31,1%	65,9%	97,0%	32,0%	68,0%	93,9%	98,5%
Hospitalisation ¹	10	5	15	2,0%	1,0%	3,0%	66,7%	33,3%	6,1%	1,5%
Total	165	334	499	33,1%	66,9%	100,0%	33,1%	66,9%	100,0%	100,0%

Ce tableau représente la proportion de patients hospitalisés au cours du suivi.

¹ : au moins 1 hospitalisation sur l'année de suivi depuis le premier contact avec le service de MPEA.

Au cours du suivi, très peu de nouveaux patients ont été hospitalisés (3% de la population) (**Tableau 6**). Parmi les patients hospitalisés, dans deux tiers des cas il s'agit d'un patient sans TDAH, correspondant à 6.1% de ces patients. Seulement 1.5% des patients avec un TDAH sont hospitalisés.

Tableau 7 : Evaluation pluridisciplinaire dans le service de MPEA.

Evaluation	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH	
Total des évaluations pluridisciplinaires	30	121	151	6,0%	24,2%	30,3%	19,9%	80,1%	18,2%	36,2%	
Bilan psychopathologique¹ seul	4	11	15	0,8%	2,2%	3,0%	26,7%	73,3%	2,4%	3,3%	
Bilan psychopathologique^{1a}	11	49	60	2,2%	9,8%	12,0%	18,3%	81,7%	6,7%	14,7%	
Bilan psychométrique² seul	12	67	79	2,4%	13,4%	15,8%	15,2%	84,8%	7,3%	20,1%	
Bilan psychométrique^{2a}	22	112	134	4,4%	22,4%	26,9%	16,4%	83,6%	13,3%	33,5%	
Bilan psychomoteur seul	0	1	1	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	100,0%	0,0%	0,3%	
Bilan psychomoteurs^a	7	5	5	0,0%	1,0%	1,0%	0,0%	100,0%	0,0%	1,5%	
Bilan des apprentissages³ seul	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Bilan des apprentissages^{3a}	3	31	37	1,2%	6,2%	7,4%	16,2%	83,8%	3,6%	9,3%	
Evaluation scolaire seule	1	0	1	0,2%	0,0%	0,2%	100,0%	0,0%	0,6%	0,0%	
Evaluation scolaire^a	4	1	5	0,8%	0,2%	1,0%	80,0%	20,0%	2,4%	0,3%	
Observation en HDJ seule	5	4	9	1,0%	0,8%	1,8%	55,6%	44,4%	3,0%	1,2%	
Observations en HDJ^a	14	46	60	2,8%	9,2%	12,0%	23,3%	76,7%	8,5%	13,8%	
Evaluation HDJ et psychométrique²	8	40	48	1,6%	8,0%	9,6%	16,7%	83,3%	4,8%	12,0%	
Evaluation en HDJ et psychométrique² et psychopathologiques¹	5	34	39	1,0%	6,8%	7,8%	12,8%	87,2%	3,0%	10,2%	
Evaluation en HDJ et psychométrique² et des apprentissages³	6	30	36	1,2%	6,0%	7,2%	16,7%	83,3%	3,6%	9,0%	
Evaluation en HDJ et psychométrique² et des apprentissages et psychopathologiques¹	4	28	32	0,8%	5,6%	6,4%	12,5%	87,5%	2,4%	8,4%	

Ce tableau représente la proportion des patients ayant bénéficiés d'évaluations pluridisciplinaires au cours de la première année de suivi dans le service du MPEA.

^a : pour un même patient, ne tient pas compte des autres évaluations possibles réalisées.

¹ : réalisé par l'échelle K-SADS-PL.

² : réalisé par l'échelle WISC-V.

³ : réalisé par l'échelle BMT-i.

Dans l'ensemble de la population, environ un tiers (30.3%) bénéficient d'une évaluation pluridisciplinaire au cours de la première année de suivi (**Tableau 7**), concernant très majoritairement (dans 80% des cas) les patients avec TDAH. En effet, 36.2% des patients avec

TDAH en bénéficiant, contre seulement 18.2% des patients sans TDAH. Les évaluations pluridisciplinaires sont le plus représentées par les bilans psychométriques (26.9% de la population et 33.5% des TDAH, 13.3% des non TDAH), puis de manière équivalente, les journées d'observation en HDJ (12% de la population et 13.8% des TDAH, 8.5% des non TDAH) et des évaluations de la psychopathologie avec l'échelle K-SADS-PL (12% de la population et 14.7% des TDAH, 6.7% des non TDAH). Les proportions des autres évaluations sont faibles.

Afin de trouver les principales associations d'évaluations au sein du parcours de soins du TDAH et de mettre en évidence des « flux », nous avons associé ces différentes données. Ainsi, le flux d'évaluation pluridisciplinaire le plus emprunté dans le groupe TDAH est l'association d'une journée d'évaluation en HDJ avec la réalisation d'un bilan psychométrique (12%), soit un tiers des TDAH. Il est intéressant de noter que le parcours type d'évaluation pluridisciplinaire proposé dans le service (journée d'observation avec bilan psychométrique, des apprentissages et réalisation d'une K-SADS-PL) n'est emprunté que dans 8.4% des cas chez les jeunes avec TDAH.

Tableau 8a : Prescription pharmacologique.

Traitement	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH	
Aucun	128	171	299	25,7%	34,3%	59,9%	42,8%	57,2%	77,6%	51,2%	
Méthylphénidate	0	159	159	0,0%	31,9%	31,9%	0,0%	100,0%	0,0%	47,6%	
Autre psychostimulant ¹	1	3	4	0,2%	0,6%	0,8%	25,0%	75,0%	0,6%	0,9%	
Antidépresseur	31	16	47	6,2%	3,2%	9,4%	66,0%	34,0%	18,8%	4,8%	
Anxiolytique	12	13	25	2,4%	2,6%	5,0%	48,0%	52,0%	7,3%	3,9%	
Neuroleptique ²	12	20	32	2,4%	4,0%	6,4%	37,5%	62,5%	7,3%	6,0%	
Thymorégulateur ³	1	2	3	0,2%	0,4%	0,6%	33,3%	66,7%	0,6%	0,6%	

Ce tableau représente la proportion des différentes classes pharmacologiques prescrites sur l'année suivant le premier contact avec le service de MPEA. Ces données ne préjugent pas du nombre de médicament prescrit au sein de la même classe thérapeutique, ni de la temporalité des associations médicamenteuses, ni de son initiation ou renouvellement par le médecin.

¹ : il s'agit ici uniquement de l'Atomoxétine.

² : il s'agit des neuroleptiques prescrit à visée d'antipsychotique ou anti-impulsif.

³ : en dehors du Lithium ou des antiépileptiques, il s'agit des neuroleptiques avec un effet thymorégulateur.

Tableau 8b : Nombre de ligne pharmacologique prescrite.

Nombre de classe pharmacologique prescrite	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
1	20	130	150	4,0%	26,1%	30,1%	13,3%	86,7%	12,1%	38,9%
2	14	22	36	2,8%	4,4%	7,2%	38,9%	61,1%	8,5%	6,6%
3	3	7	10	0,6%	1,4%	2,0%	30,0%	70,0%	1,8%	2,1%
4	0	4	4	0,0%	0,8%	0,8%	0,0%	100,0%	0,0%	1,2%

Ce tableau représente le nombre et sa proportion de ligne de thérapeutique prescrite au cours de l'année suivant le premier contact avec le service de MPEA. Ces données ne préjugent pas du nombre de médicament prescrit au sein de la même classe thérapeutique, ni de la temporalité des associations médicamenteuses, ni de son initiation ou renouvellement par le médecin.

La majorité des patients n'ont pas reçu de traitement pharmacologique dans l'année suivant la première évaluation, puisqu'un traitement pharmacologique est instauré chez 40.1% des patients (**Tableau 8a**) et que 30.1% des patients n'ont eu qu'une seule classe pharmacologique au cours de cette année de suivi (**Tableau 8b**). En effet, 51.2% des patients avec TDAH et 77.6% des non TDAH ne reçoivent aucun traitement sur cette période.

Le méthylphénidate est le traitement le plus prescrit dans la population (31.9%), suivi des antidépresseurs (9.4%) et des neuroleptiques (6.4%) puis des anxiolytiques (5%). On observe que 47.6% des patients avec un TDAH ont reçu une prescription de méthylphénidate la première année du suivi (l'usage de l'atomoxétine est plus anecdotique : 0.9% des TDAH) ; de plus, la monothérapie concerne 38.9% de ces patients. L'usage des antidépresseurs, des neuroleptiques et des anxiolytiques est bien plus répandu chez les non TDAH (respectivement : 18.8%, 7.3% et 7.3%) que chez les jeunes avec TDAH (respectivement : 4.8%, 6% et 3.9%). Seulement 7.2% de la population s'est vu prescrire deux classes pharmacologiques différentes, 2% pour trois classes et 0.8% pour quatre ; les ordres de grandeur de ces proportions sont les mêmes selon le diagnostic.

Tableau 9 : Orientation vers la MDPH.

Indication d'orientation vers la MDPH	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
Non¹	130	188	318	26,1%	37,7%	63,7%	40,9%	59,1%	78,8%	56,3%
Oui²	20	109	129	4,0%	21,8%	25,9%	15,5%	84,5%	12,1%	32,6%
Déjà réalisée – non renouvelé	15	31	46	3,0%	6,2%	9,2%	32,6%	67,4%	9,1%	9,3%
Déjà réalisée – à renouveler	0	6	6	0,0%	1,2%	1,2%	0,0%	100,0%	0,0%	1,8%

Ce tableau représente la proportion des indications d'orientation vers la MDPH au cours de l'année suivant le premier contact avec le service de MPEA.

¹ : lorsqu'il n'y a aucune orientation passée et qu'il n'y a pas d'orientation future indiquée.

² : lorsqu'il n'y a aucune orientation passée et qu'il y a une orientation future indiquée.

On observe dans le **Tableau 9**, que 36.3% des patients (dont 43.7% avec TDAH et seulement 21.2% des non TDAH) sont concernés par une orientation (passée ou actuelle) vers la MDPH pour la complémentarité de la prise en charge, quel que soit le motif. Plus précisément, au cours du suivi, une première orientation est indiquée chez 25.9% de la population, dont une grande majorité de jeunes avec TDAH (21.8% de la population générale ayant cette orientation ont un TDAH, soit 32.6% des TDAH). Environ un dixième de la population a déjà eu par le passé une orientation vers la MDPH. Parmi eux, 1.2% des patients (exclusivement des patients avec TDAH) se voient préconiser un renouvellement de cette orientation par un médecin du service de MPEA.

Tableau 10 : Préconisation de bilan complémentaire.

Indication de bilan	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
Orthophoniste du langage¹										
Déjà réalisé – non renouvelé	41	158	199	8,2%	31,7%	39,9%	20,6%	79,4%	24,8%	47,3%
Déjà réalisé – à renouveler	6	33	39	1,2%	6,6%	7,8%	15,4%	84,6%	3,6%	9,9%
Non	104	96	200	20,8%	19,2%	40,1%	52,0%	48,0%	63,0%	28,7%
Oui	14	47	61	2,8%	9,4%	12,2%	23,0%	77,0%	8,5%	14,1%
Orthophoniste logico-mathématique										
Déjà réalisé – non renouvelé	9	35	44	1,8%	7,0%	8,8%	20,5%	79,5%	5,5%	10,5%
Déjà réalisé – à renouveler	0	7	7	0,0%	1,4%	1,4%	0,0%	100,0%	0,0%	2,1%
Non	156	265	421	31,3%	53,1%	84,4%	37,1%	62,9%	94,5%	79,3%
Oui		27	27	0,0%	5,4%	5,4%	0,0%	100,0%	0,0%	8,1%
Ergothérapie										
Déjà réalisé – non renouvelé	9	26	35	1,8%	5,2%	7,0%	25,7%	74,3%	5,5%	7,8%
Déjà réalisé – à renouveler	0	1	1	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	100,0%	0,0%	0,3%
Non	150	263	413	30,1%	52,7%	82,8%	36,3%	63,7%	90,9%	78,7%
Oui	6	44	50	1,2%	8,8%	10,0%	12,0%	88,0%	3,6%	13,2%
Psychomoteur										
Déjà réalisé – non renouvelé	16	86	102	3,2%	17,2%	20,4%	15,7%	84,3%	9,7%	25,7%
Déjà réalisé – à renouveler	0	11	11	0,0%	2,2%	2,2%	0,0%	100,0%	0,0%	3,3%
Non	128	153	281	25,7%	30,7%	56,3%	45,6%	54,4%	77,6%	45,8%
Oui	21	84	105	4,2%	16,8%	21,0%	20,0%	80,0%	12,7%	25,1%

Orthoptique										
Déjà réalisé – non renouvelé	12	73	85	2,4%	14,6%	17,0%	14,1%	85,9%	7,3%	21,9%
Déjà réalisé – à renouveler	1	6	7	0,2%	1,2%	1,4%	14,3%	85,7%	0,6%	1,8%
Non	150	232	382	30,1%	46,5%	76,6%	39,3%	60,7%	90,9%	69,5%
Oui	2	23	25	0,4%	4,6%	5,0%	8,0%	92,0%	1,2%	6,9%
Psychométrie										
Déjà réalisé – non renouvelé	17	86	103	3,4%	17,2%	20,6%	16,5%	83,5%	10,3%	25,7%
Déjà réalisé – à renouveler	0	4	4	0,0%	0,8%	0,8%	0,0%	100,0%	0,0%	1,2%
Non	119	108	227	23,8%	21,6%	45,5%	52,4%	47,6%	72,1%	32,3%
Oui	29	136	165	5,8%	27,3%	33,1%	17,6%	82,4%	17,6%	40,7%
Auditif et visuel										
Non renseigné ²	129	153	282	25,9%	30,7%	56,5%	45,7%	54,3%	78,2%	45,8%
Déjà réalisés	30	155	185	6,0%	31,1%	37,1%	16,2%	83,8%	18,2%	46,4%
Auditif	3	17	20	0,6%	3,4%	4,0%	15,0%	85,0%	1,8%	5,1%
Visuel	2	4	6	0,4%	0,8%	1,2%	33,3%	66,7%	1,2%	1,2%
Auditif et visuel	1	5	6	0,2%	1,0%	1,2%	16,7%	83,3%	0,6%	1,5%

Ce tableau représente la proportion des différents bilans complémentaires préconisés par un médecin au cours de la première année de suivi au MPEA. La réalisation antérieure d'un bilan est recherchée sur la vie entière du patient sans tenir compte de son ancienneté.

¹ : écrit ou oral.

² : aucune information n'a été retrouvée dans le dossier médical du patient concernant le statut de réalisation de ce bilan.

Au cours du suivi, la réalisation de bilan complémentaires est très fréquente, et consiste soit en un premier bilan ou un renouvellement. Parmi ces bilans (**Tableau 10**), le bilan psychométrique est le plus préconisé, chez 33,9% des patients et 41,9% des jeunes avec TDAH ; puis le bilan psychomoteur (respectivement 23,3% et 28,4%) ; suivi du bilan orthophoniste du langage (respectivement 20% et 24%) ; et enfin le bilan d'ergothérapie (respectivement 10,2% et 13,5%). Les indications des autres bilans (orthophoniste logico-mathématique, orthoptiste, auditif, visuel) concernent moins de 10% des patients, quel que soit leur diagnostic.

Par ailleurs, parmi les bilans qui ont déjà été réalisés avant l'orientation au MPEA, le bilan orthophoniste du langage est le plus effectué, chez 47,7% des patients et 47,2% des TDAH ; puis le bilan psychomoteur (respectivement 22,6% et 29%) ; suivi du bilan psychométrique (respectivement 21,4% et 26,9%) ; et enfin le bilan orthoptique (respectivement 18,4% et 23,7%). En proportion, ce sont les bilans sensoriels les plus effectués (37,1% de la population) mais ils sont obligatoires en France chez l'enfant à l'âge de 6 ans.

Dans le cadre d'une prise en charge multimodale, la mise en place d'aménagements scolaires est fréquente. On observe dans le **Tableau 11** que l'adaptation de la scolarité ordinaire est préconisée chez 55.1% des patients et 71.9% des patients avec TDAH (en considérant une première indication seulement puisque le renouvellement est négligeable (0.6%)).

Tableau 11 : Aménagement scolaire.

Indication d'aménagement scolaire	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
Scolarité ordinaire (PAP/PAI/PPS/AESH/CNED)										
Déjà réalisé – non renouvelé	13	25	38	2,6%	5,0%	7,6%	34,2%	65,8%	7,9%	7,5%
Déjà réalisé – à renouveler	0	2	2	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	100,0%	0,0%	0,6%
Oui	35	240	275	7,0%	48,1%	55,1%	12,7%	87,3%	21,2%	71,9%
Non	117	67	184	23,4%	13,4%	36,9%	63,6%	36,4%	70,9%	20,1%
Scolarité adaptée (ULIS/SEGPA/IME/ITEP)										
Déjà réalisée ¹	13	8	21	2,6%	1,6%	4,2%	61,9%	38,1%	7,9%	2,4%
Oui	5	26	31	1,0%	5,2%	6,2%	16,1%	83,9%	3,0%	7,8%
Non	147	300	447	29,5%	60,1%	89,6%	32,9%	67,1%	89,1%	89,8%

Ce tableau représente la proportion et le type des indications d'aménagement scolaire préconisées au cours de l'année suivant le premier contact avec le service de MPEA.

¹ : l'indication a déjà été réalisée par un médecin extérieur au MPEA, elle peut être déjà effective ou en attente de son activation.

La décision de mettre en place une scolarité adaptée est plus rare car concerne généralement les patients avec le plus de difficultés. Elle représente 6.2% des patients et 7.8% des patients avec un TDAH (et seulement 3% des patients sans TDAH).

Toutefois une faible proportion de patients possède déjà des aménagements antérieurs (considérant ceux à renouveler ou non) : 7.5% de la population dont 7.6% des jeunes avec TDAH et 7.9% de ceux sans TDAH ont une indication d'aménagement en scolarité ordinaire ; et 4.2% de la population dont 2.4% des jeunes avec TDAH et 7.9% des non TDAH nécessitent une scolarité adaptée.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, la prise en charge non pharmacologique du TDAH est un pilier du traitement. On observe (**Tableau 12**) que dans notre service, nous avons proposé à 78% des familles de patients avec TDAH de participer à un groupe parental spécifique au TDAH et qu'environ un cinquième (19.4%) y ont participé (bien que ce nombre soit probablement sous-estimé de par le mode de recueil des données). Du côté des groupes

thérapeutiques pour les patients, 16.5% des enfants avec TDAH ont reçu au cours du suivi une proposition de participation à l'un de ces groupes.

En revanche, le TDAH étant souvent comorbide avec d'autres troubles, il n'est donc pas rare que l'on puisse proposer aux parents et aux patients de participer à des groupes thérapeutiques non spécifiques au TDAH. En effet, 5.1% des parents TDAH ont eu une proposition

Tableau 12 : Groupes thérapeutiques.

Indication de participation à un groupe thérapeutique	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
Groupe parental spécifique au TDAH : Barkley et GCOP										
Non	139	40	179	27,9%	8,0%	35,9%	77,7%	22,3%	84,2%	12,0%
Oui	24	229	253	4,8%	45,9%	50,7%	9,5%	90,5%	14,5%	68,6%
Réalisé¹	2	65	67	0,4%	13,0%	13,4%	3,0%	97,0%	1,2%	19,4%
Groupe enfant/adolescent spécifique au TDAH : Incredible Years, ARC, ATOLE										
Non	161	279	440	32,3%	55,9%	88,2%	36,6%	63,4%	97,6%	83,5%
Oui	4	52	56	0,8%	10,4%	11,2%	7,1%	92,9%	2,4%	15,6%
Réalisé¹	0	3	3	0,0%	0,6%	0,6%	0,0%	100,0%	0,0%	0,9%
Groupe parental non spécifique au TDAH : REACT et RESIST										
Non	162	317	479	32,5%	63,5%	96,0%	33,8%	66,2%	98,2%	94,9%
Oui	2	16	18	0,4%	3,2%	3,6%	11,1%	88,9%	1,2%	4,8%
Réalisé¹	1	1	2	0,2%	0,2%	0,4%	50,0%	50,0%	0,6%	0,3%
Groupe enfant/adolescent non spécifique au TDAH²										
Non	132	233	365	26,5%	46,7%	73,1%	36,2%	63,8%	80,0%	69,8%
Oui	33	100	133	6,6%	20,0%	26,7%	24,8%	75,2%	20,0%	29,9%
Réalisé¹	0	1	1	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	100,0%	0,0%	0,3%

Ce tableau représente la proportion des différents bilans complémentaires préconisés par un médecin au cours de la première année de suivi au MPEA. La réalisation antérieure d'un bilan est recherchée sur la vie entière du patient sans tenir compte de son ancienneté. La distinction entre les indications « Oui » et « Réalisé » est donné à titre indicatif, car cet effectif appartient à l'ensemble des indications de participation à un groupe avec la ligne « Oui ».

¹ : Cela veut dire que le groupe a été indiqué au cours du suivi et que les parents ou le patient ont participé au groupe.

² : Ce sont les groupes : affirmation de soi, gestion des conduites suicidaires, gestion de la colère, habilité sociale, aide aux apprentissages.

de participer à un groupe parental pour les enfants ayant un trouble de l'opposition et provocation (TOP) ou des conduites (TC). Finalement, presque un tiers des patients avec un TDAH (30.2%) se sont vus recommander de participer à un groupe non spécifique au TDAH au cours de la première année de suivi.

Lors de la cotation du questionnaire SDQ, on observe un taux de réponse exploitable (positif ou négatif) à 79.2% chez les parents et 59.3% chez les enseignants (**Annexe : Tableau 5**). En revanche, si l'on ne sélectionne que les patients dont les deux questionnaires sont exploitables (**Tableau 13a**), le taux de réponse est alors de 58.5% dans la population totale, de 68% dans le groupe avec TDAH et 39.4% dans le groupe non TDAH.

Au sein des patients avec un TDAH, on observe que 46.1% des patients avec TDAH ont les questionnaires parentaux positifs pour le score total de difficultés alors que 22.2% ont ceux des

Tableau 13a : Catégories de cotation des questionnaires SDQ.

Catégorie	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
(P+/E+) ¹	13	62	75	2,6%	12,4%	15,0%	17,3%	82,7%	7,9%	18,6%
(P-/E-) ²	30	61	91	6,0%	12,2%	18,2%	33,0%	67,0%	18,2%	18,3%
(P+/E-) ³	18	92	110	3,6%	18,4%	22,1%	16,4%	83,6%	10,9%	27,5%
(P-/E+) ⁴	4	12	16	0,8%	2,4%	3,2%	25,0%	75,0%	2,4%	3,6%
Total	65	227	292	13,0%	45,5%	58,5%	22,3%	77,7%	39,4%	68,0%

Ce tableau représente la proportion des différentes catégories de résultat du questionnaire SQD rempli par les parents et les enseignants avant l'évaluation du patient.

¹ : Parents : positif / Enseignants : positif

² : Parents : négatif / Enseignants : négatif

³ : Parents : négatif / Enseignants : positif

⁴ : Parents : négatif / Enseignants : négatif

enseignants positifs ; dans ce même groupe de patients, 45.8% ont le questionnaire enseignants négatif et 21.9% celui parental négatif. De manière surprenante, le taux de consultation ne semble pas être corrélé au nombre de sphères (familiale ou scolaire) impactées puisque seuls 18.6% des enfants avec TDAH ont les deux questionnaires positifs, contre 31.1% si l'un des deux questionnaires est positif et 18.3% si aucun n'est positif.

De plus, si seulement une sphère de vie est impactée, on observe que le taux de consultation est bien supérieur si l'impact est familial (27.5% contre 3.6%).

Lorsque l'on regarde la gradation interne du parcours de soins selon la cotation du questionnaire SDQ (**Tableau 13b**), on observe que dans le groupe avec TDAH, 6.6% de ces patients sont évalués par un médecin si les deux questionnaires sont positifs, et que cette proportion est de 1.2% si seulement le questionnaire enseignant est positif. De même, lorsque

les deux questionnaires sont négatifs, 4.2% des TDAH sont reçus par un médecin, et que cette proportion est à 6% si seulement le questionnaire parental est positif. Cette tendance est la même quel que soit le professionnel évaluant le patient, ce qui nécessiterait un ajustement pour rendre les effectifs comparables.

Tableau 13b : Gradation interne selon les catégories de cotation du questionnaire SDQ.

Gradation interne	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH	
P+ / E+											
Infirmier	6	30	36	1,2%	6,0%	7,2%	16,7%	83,3%	3,6%	9,0%	
Interne en médecine	2	10	12	0,4%	2,0%	2,4%	16,7%	83,3%	1,2%	3,0%	
Médecin pédopsychiatre	5	22	27	1,0%	4,4%	5,4%	18,5%	81,5%	3,0%	6,6%	
P- / E-											
Infirmier	23	35	58	4,6%	7,0%	11,6%	39,7%	60,3%	13,9%	10,5%	
Interne en médecine	2	12	14	0,4%	2,4%	2,8%	14,3%	85,7%	1,2%	3,6%	
Médecin pédopsychiatre	5	14	19	1,0%	2,8%	3,8%	26,3%	73,7%	3,0%	4,2%	
P+ / E-											
Infirmier	6	55	61	1,2%	11,0%	12,2%	9,8%	90,2%	3,6%	16,5%	
Interne en médecine	5	17	22	1,0%	3,4%	4,4%	22,7%	77,3%	3,0%	5,1%	
Médecin pédopsychiatre	7	20	27	1,4%	4,0%	5,4%	25,9%	74,1%	4,2%	6,0%	
P- / E+											
Infirmier	1	7	8	0,2%	1,4%	1,6%	12,5%	87,5%	0,6%	2,1%	
Interne en médecine	2	1	3	0,4%	0,2%	0,6%	66,7%	33,3%	1,2%	0,3%	
Médecin pédopsychiatre	1	4	5	0,2%	0,8%	1,0%	20,0%	80,0%	0,6%	1,2%	

Ce tableau représente la répartition de la gradation interne au sein du service en fonction de la catégorie de cotation du questionnaire SDQ.

Les données du **Tableau 13c** indiquent que lorsque le questionnaire parental est positif, un plus grand nombre de patients avec TDAH est suivi dans le service : 16.2% si les deux questionnaires sont positifs et 24.9% si seul le questionnaire parental est positif. Cela suggère que lorsque le TDAH impacte la sphère familiale, le patient a plus de chance d'avoir un suivi au MPEA. Alors que pour les patients sans TDAH, si le questionnaire enseignant est négatif alors la proportion de suivi est plus forte : 11.5% si les deux questionnaires sont négatifs et 8.5% si seul le questionnaire enseignant est négatif.

Chez les patients n'ayant pas de suivi dans notre service, la proportion est plus importante si les deux questionnaires sont négatifs, concernant 6.7% des patients sans TDAH et 3.9% des TDAH.

Tableau 13c : Suivi au MPEA selon les catégories de cotation du questionnaire SDQ.

Catégorie de cotation du SDQ	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
Au moins 1 suivi au MPEA										
P+/E+ ¹	11	54	65	2,2%	10,8%	13,0%	16,9%	83,1%	6,7%	16,2%
P-/E- ²	19	48	67	3,8%	9,6%	13,4%	28,4%	71,6%	11,5%	14,4%
P+/E- ³	14	83	97	2,8%	16,6%	19,4%	14,4%	85,6%	8,5%	24,9%
P-/E+ ⁴	1	11	12	0,2%	2,2%	2,4%	8,3%	91,7%	0,6%	3,3%
Absence de suivi au MPEA										
P+/E+ ⁴	2	8	10	0,4%	1,6%	2,0%	20,0%	80,0%	1,2%	2,4%
P-/E- ²	11	13	24	2,2%	2,6%	4,8%	45,8%	54,2%	6,7%	3,9%
P+/E- ³	4	9	13	0,8%	1,8%	2,6%	30,8%	69,2%	2,4%	2,7%
P-/E+ ⁴	3	1	4	0,6%	0,2%	0,8%	75,0%	25,0%	1,8%	0,3%

Ce tableau représente la répartition des suivis dans le service de MPEA en fonction de la catégorie de cotation du questionnaire SDQ.

¹ : Parents : positif / Enseignants : positif

² : Parents : négatif / Enseignants : négatif

³ : Parents : négatif / Enseignants : positif

⁴ : Parents : négatif / Enseignants : négatif

Tableau 13d : Prescription de Méthylphénidate selon les catégories de cotation du questionnaire SDQ.

Catégorie de cotation du SDQ	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH	Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH
Prescription de Méthylphénidate										
P+/E+ ¹	0	31	31	0,0%	6,2%	6,2%	0,0%	100%	0,0%	9,3%
P-/E- ²	0	21	21	0,0%	4,2%	4,2%	0,0%	100%	0,0%	6,3%
P+/E- ³	0	41	41	0,0%	8,2%	8,2%	0,0%	100%	0,0%	12,3%
P-/E+ ⁴	0	2	2	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	100%	0,0%	0,6%
Absence de Prescription de Méthylphénidate										
P+/E+ ¹	13	31	44	2,6%	6,2%	8,8%	29,5%	70,5%	7,9%	9,3%
P-/E- ²	30	40	70	6,0%	8,0%	14,0%	42,9%	57,1%	18,2%	12,0%
P+/E- ³	18	51	69	3,6%	10,2%	13,8%	26,1%	73,9%	10,9%	15,3%
P-/E+ ⁴	4	10	14	0,8%	2,0%	2,8%	28,6%	71,4%	2,4%	3,0%

Ce tableau représente la répartition des prescriptions de Méthylphénidate la première année de suivi en fonction de la catégorie de cotation du questionnaire SDQ.

¹ : Parents : positif / Enseignants : positif

² : Parents : négatif / Enseignants : négatif

³ : Parents : négatif / Enseignants : positif

⁴ : Parents : négatif / Enseignants : négatif

Parmi les patients TDAH ayant reçu une ordonnance de méthylphénidate, on observe (Tableau 13d) que les catégories de cotation recevant le plus ce traitement sont celles dont le questionnaire parental est positif : 9.3% si les deux questionnaires sont positifs et 12.3% si seul le questionnaire parental est positif. Les patients dont le questionnaire parental est négatif sont moins susceptibles d'être traités : 6.3% si les deux questionnaires sont négatifs et 0.6% si seul le questionnaire parent est négatif.

Par ailleurs, chez les patients avec TDAH n'ayant pas de traitement par méthylphénidate, les patients dont le questionnaire enseignant est négatif sont les plus représentés : 12% si les deux questionnaires sont négatifs et 15.3% si seul le questionnaire enseignants est négatif. Les patients dont les questionnaires enseignants sont positifs sont ceux qui ont les taux d'absence de prescription les plus faibles : 9.3% si les deux questionnaires sont positifs et 3% si seul le questionnaire enseignant est positif.

Tableau 13e : Orientation MDPH selon les catégories de cotation du questionnaire SDQ.

Catégorie de cotation du SDQ	Effectif quantitatif			Pourcentage de l'effectif par rapport à la population totale			Pourcentage par rapport à l'effectif total de la ligne concernée		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des non TDAH		Pourcentage par rapport avec l'effectif total des TDAH
	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Total	Non TDAH	TDAH	Non TDAH	TDAH	
Aucune orientation MDPH											
P+/E+ ²	6	32	38	1,2%	6,4%	7,6%	15,8%	84,2%	3,6%	9,6%	
P-/E- ²	23	33	56	4,6%	6,6%	11,2%	41,1%	58,9%	13,9%	9,9%	
P+/E- ³	14	43	57	2,8%	8,6%	11,4%	24,6%	75,4%	8,5%	12,9%	
P-/E+ ⁴	3	8	11	0,6%	1,6%	2,2%	27,3%	72,7%	1,8%	2,4%	
Orientation MDPH préconisée											
P+/E+ ¹	3	22	25	0,6%	4,4%	5,0%	12,0%	88,0%	1,8%	6,6%	
P-/E- ²	5	23	28	1,0%	4,6%	5,6%	17,9%	82,1%	3,0%	6,9%	
P+/E- ³	3	42	45	0,6%	8,4%	9,0%	6,7%	93,3%	1,8%	12,6%	
P-/E+ ⁴	0	4	4	0,0%	0,8%	0,8%	0,0%	100,0%	0,0%	1,2%	
Orientation MDPH déjà réalisée, non renouvelée											
P+/E+ ¹	4	7	11	0,8%	1,4%	2,2%	36,4%	63,6%	2,4%	2,1%	
P-/E- ²	2	3	5	0,4%	0,6%	1,0%	40,0%	60,0%	1,2%	0,9%	
P+/E- ³	1	6	7	0,2%	1,2%	1,4%	14,3%	85,7%	0,6%	1,8%	
P-/E+ ⁴	1	0	1	0,2%	0,0%	0,2%	100,0%	0,0%	0,6%	0,0%	
Orientation MDPH déjà réalisée, renouvellement préconisé											
P+/E+ ¹	0	1	1	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	100,0%	0,0%	0,3%	
P-/E- ²	0	2	2	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	100,0%	0,0%	0,6%	
P+/E- ³	0	1	1	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	100,0%	0,0%	0,3%	
P-/E+ ⁴	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	

Ce tableau représente la répartition des orientations MDPH au cours de l'année de suivi en fonction de la catégorie de cotation du questionnaire SDQ.

¹ : Parents : positif / Enseignants : positif

² : Parents : négatif / Enseignants : négatif

³ : Parents : négatif / Enseignants : positif

⁴ : Parents : négatif / Enseignants : négatif

On observe (**Tableau 13e**) que 12.6% des patients TDAH ayant une indication MDPH, ont un questionnaire parental positif uniquement. Les patients avec TDAH ayant une indication MDPH et les deux questionnaires positifs représentent 6.6% des TDAH ; et de manière équivalente à 6.9%, les patients TDAH avec une orientation MDPH mais dont les deux questionnaires sont négatifs. Les patients TDAH avec uniquement le questionnaire enseignants positif, ayant une orientation MDPH, représentent 1.2% des TDAH.

Discussion

Au cours de l'année 2022, nous avons recensé 499 nouveaux patients de 6 à 16 ans orientés au MPEA pour une évaluation. Parmi eux, 66.9% ont eu un diagnostic de TDAH. La tranche d'âge de 6 à 11 ans est la plus représentée, constituant 65.1% de l'échantillon total. Les patients atteints de TDAH dans cette tranche d'âge représentaient la moitié de la population totale. On observe que les patients ayant un TDAH étaient plus jeunes (MA=9.5 ans) que ceux sans TDAH (MA=11.4 ans). Dans le groupe avec TDAH, les garçons étaient plus nombreux avec un sex-ratio de 1:2 et que les garçons étaient généralement plus jeunes (MA=9.2 ans) que les filles (MA=10.2 ans). Ces résultats sont cohérents avec les données épidémiologiques actuelles montrant que le TDAH est le trouble psychiatrique le plus fréquent chez les enfants et les adolescents (2,26,27,29). De plus, le TDAH étant un trouble impactant le développement du jeune patient, il n'est pas surprenant qu'il soit identifié plus précocement que les autres troubles psychiatriques de cette population. Par ailleurs, comme cela avait pu être identifié dans la littérature (92), le sex-ratio du TDAH chez les enfants et adolescents est en faveur d'une surreprésentation masculine du trouble, suggérant une sous-identification du TDAH chez les filles. Toutefois, on observe qu'il est similaire à ceux actuellement observés dans d'autres études (24), estimé à 1 :3 et tendant à s'équilibrer ces dernières années. Afin de comprendre cela, Ohan et Visser ont émis l'hypothèse en 2009 (93) que c'est le système de croyance parental et scolaire

sur le potentiel bénéfique d'une intervention (telle que sur l'apprentissage dans leur étude) qui influencerait la prise de décision de l'intervention et jouerait donc un rôle médiateur dans la relation entre le genre et l'accès aux soins.

Cette étude met en évidence que les demandes de soins provenaient des parents dans 31.1% des situations et dans 30.5% de l'école. En effet, il n'est pas surprenant qu'environ deux tiers de ces demandes soient issues des sphères de vie le plus impactées par le TDAH, du fait des difficultés d'apprentissage et de comportement qui en découlent. C'est pourquoi, un des enjeux de la prise en charge est de promouvoir les interventions et des modifications environnementales afin de responsabiliser la participation du patient et de son entourage (94). Dans cette logique, on observe que la prise en charge au sein du service de MPEA intervient sur ces deux axes de différentes manières.

La première intervention est la discussion diagnostique et la prise de décision partagée entre les parents et le patient, qui ont un rôle central dans le parcours de soins. Cela permet de poser les bases de la psychoéducation et guidance parentale, puis de définir les objectifs et préférences de la prise en charge (95,96), afin d'améliorer l'observance thérapeutique et l'efficacité des soins (97). Cette étape est cruciale car les familles ont généralement une connaissance limitée du trouble, parfois inexacte, influencée par leur expérience personnelle ou bien alimentée par leur entourage, médias et réseaux sociaux. Les parents et le patient ont très régulièrement des priorités différentes, c'est pourquoi il est important d'inclure le patient dans cette discussion, selon ses capacités de compréhension, car il s'investira d'autant plus dans des soins qu'il aura compris et choisis. La psychoéducation se doit d'être établie sur des preuves et des recommandations faisant consensus au sein de la communauté médicale (84,85,98). Elles permettent d'aider les familles et le patient de mieux appréhender le TDAH (et ses comorbidités) dont ils font l'expérience au quotidien, d'être guidés parmi les différentes possibilités thérapeutiques, tout en prenant compte du fonctionnement familial et leur référentiel socio-culturel. Ainsi, une grande partie des objectifs thérapeutiques du TDAH peuvent être atteints grâce à une psychoéducation de bonne qualité, proposée au début du processus de traitement.

Elle sera évidemment complétée et approfondie au cours de la prise en charge, à intervalles réguliers lors des consultations, mais aussi grâce aux groupes thérapeutiques destinés aux parents (la formation *Barkley*, *GCOP* et *Incredible Years*) ou aux enfants (*ARC* et *ATOLE*). Les programmes destinés aux parents sont construits sur un modèle de thérapie cognitivo-comportementale dont l'efficacité est depuis longtemps démontrée dans la littérature médicale

sur les symptômes d'opposition et le vécu d'efficacité parentale. Ils ont aussi un effet sur la diminution des stratégies éducatives coercitives (61,68). Les groupes destinés aux patients ont la particularité de s'adapter spécifiquement au stade de développement, à la capacité de compréhension et aux compétences du jeune, lui permettant de prendre part activement dans sa prise en charge ; ils sont à considérer comme une mesure d'accompagnement, n'ayant pas d'effet spécifique sur l'amélioration des symptômes centraux du TDAH. L'étude actuelle met en évidence que 78% des familles d'enfants TDAH ont reçu une proposition de participation à l'un des groupes parentaux au cours de la première année de suivi et que le taux de participation était estimé à 19.4%. Concernant les groupes pour les patients, 15.9% des enfants ont reçu une indication de participation, dont la proportion effective était estimée à 0.9%. Certains patients avec un TDAH se sont vus proposer de participer à l'un des groupes non spécifiques du TDAH (29.9%), ciblant les comorbidités du TDAH, tel que les habiletés sociales dysfonctionnelles, la dysrégulation émotionnelle ou bien les troubles des apprentissages. Cependant, le taux de participation de l'ensemble de ces groupes est très probablement sous-estimé étant donné que cette donnée fut recueillie de manière rétrospective dans les dossiers médicaux informatisés, et non pas à partir des listes des participants de ces groupes ; et qu'elle est déclarative dans les dossiers médicaux des patients, alors que les professionnels du service ne renseignent pas systématiquement la participation d'une famille à un l'un de ces groupes.

La seconde intervention est la création de liens entre les soins et l'environnement scolaire du patient grâce aux aménagements scolaires, proposant des stratégies comportementales ou méthodologiques plus adéquates et efficaces (99). Cela permet d'informer les enseignants des difficultés et leur impact sur les apprentissages afin de promouvoir une meilleure intégration et participation du patient au sein de l'environnement scolaire. En effet, les enseignants sont souvent exposés aux difficultés du patient avec un TDAH et occupent une place idéale pour soutenir les mesures comportementales et éducatives transmises lors de la psychoéducation. Il est nécessaire d'envisager la prise en charge comme évoluant dans un continuum entre la sphère familiale, scolaire et médicale. Dans notre étude, on observe que ces indications d'aménagement scolaire sont fréquentes, puisque 71.9% des patients atteints de TDAH en ont bénéficié, concernant très largement la mise en place d'un PAP, PAI ou d'un AESH. Dans notre échantillon, les orientations vers les structures médico-sociales représentent 2.1% des patients ayant un TDAH, et 34.4% ont nécessité la reconnaissance d'un handicap afin de bénéficier des aménagements précédemment cités. En revanche, n'ayant retenu que des indications, il serait

intéressant à l'avenir de savoir combien de patients ont réellement reçu ces aides à l'issue de cette année de suivi.

Un autre aspect intéressant de cette étude est de constater que seulement une minorité des patients ont été directement orientés par un médecin vers notre service, soulevant plusieurs questions sur l'organisation et la représentation des soins ambulatoires de première et seconde ligne. Dans les dossiers médicaux, 23.1% des patients avec un TDAH étaient orientés directement par un médecin de soins primaires (médecin généraliste (15.3%) et pédiatre (7.8%)) et 6.9% par un médecin spécialiste (pédopsychiatre (4.2%), psychiatre adulte (1.5%) et neuropédiatre (1.2%)). Le faible accès aux soins spécialisés par l'intermédiaire des soins primaires et libéraux pourrait s'expliquer d'une part, par le fait que peu de parents questionnent leur médecin traitant quant à l'imputabilité d'une étiologie médicale des difficultés de leur enfant mais aussi par leur propre difficulté à reconnaître les symptômes de TDAH de leur enfant (81,100,101). En effet, comme l'ont identifié ces dernières études, un des facteurs principaux d'accès aux soins d'un patient TDAH est la capacité parentale à reconnaître et faire face aux symptômes du TDAH. D'autre part, comme le suggèrent ces mêmes études, la capacité des professionnels de soins primaires à reconnaître ces symptômes est aussi un facteur important à l'accès aux soins, notamment spécialisés. Un autre facteur évoqué, est la perception chronophage de l'évaluation diagnostique et de la difficulté de prise en charge par les professionnels de soins primaires (102). On peut voir en cela une conséquence directe d'un manque de formation, en lien avec une démographie médicale de la spécialité de PEA en constante baisse (touchant autant les spécialistes libéraux, hospitaliers, que universitaires) réduisant la capacité de formation des médecins de première ligne (5). Par ailleurs, bien que la démographie médicale de ces spécialistes soit faible, il est aussi reconnu par les patients et les familles que la prise de contact avec un spécialiste en santé mentale souffre de représentations négatives et les personnes sont généralement plus à l'aise et en confiance avec leur médecin traitant (15,22).

L'étude met en évidence que la moitié (51.2%) des patients avec un TDAH (et 51.3% de l'ensemble de la population) ont bénéficié d'un suivi médical au cours des trois dernières années précédant la prise de contact avec le service dont un tiers d'entre eux par un psychologue et 18% par un spécialiste (pédopsychiatre (16.2%) et/ou psychiatre (1.8%)). Il est intéressant de remarquer que les enfants ou adolescents suivis en MPEA en 2022, auraient présenté des difficultés psychiques ou de développement significatives au cours des trois dernières années

motivait la mise en place d'un suivi en santé mentale. Il est possible que ces difficultés passées aient un lien avec celles motivant une prise en charge dans notre service. Toutefois, il serait hasardeux d'établir un lien de causalité ou de corrélation sans analyse précise des motifs de ces suivis, et sans tenir compte de la période de confinement due à la pandémie du SARS-CoV-2 de 2019 à 2021 qui a eu un impact particulièrement délétère sur la santé mentale des jeunes, notamment sur l'apparition de symptômes de dépression, d'anxiété, de troubles du sommeil, de symptômes de stress post-traumatique, de troubles émotionnels et comportementaux (103). Par ailleurs, ces chiffres semblent soutenir que l'accès aux soins spécialisés de PEA est soumis à de nombreuses barrières et souffre de représentation collective négative, de sorte qu'une consultation psychologique serait plus « acceptable » que la consultation de psychiatrie. Cependant, cela nous montre aussi que la moitié des premiers contacts avec la santé mentale passe directement par les services spécialisés tel que le MPEA. Ceci pourrait s'expliquer d'une part, par la faible proportion de spécialistes dans le réseau libéral, avec des délais de consultation très longs (bien plus courts au MPEA), d'autre part, car jusqu'en janvier 2023, les médecins spécialistes de PEA installés en libéral ne possédaient pas l'autorisation d'initiation de méthylphénidate, étant une barrière évidente à la prise en charge du TDAH en libéral. Cette hypothèse peut être soutenue par la très faible proportion d'enfants avec un TDAH (1.5%) ayant eu, avant l'évaluation au MPEA, un suivi conjoint entre les soins primaires et les professionnels en santé mentale du réseau libéral, reflétant une mauvaise articulation entre ces deux secteurs.

L'étude a permis de décrire et d'évaluer le parcours de soins développé ces dernières années dans notre service, dont la particularité est la gradation interne dynamique proposant une première évaluation réalisée par un infirmier. Cette étude met en évidence que 43.1% des patients ayant un TDAH sont évalués par un infirmier, 35% par un pédopsychiatre et 21.9% par un interne en médecine. Une autre information mise en lumière par cette étude est la proportion de suivis mis en place dans notre service, montrant que 85% des patients avec un TDAH bénéficient d'un suivi au MPEA avec au moins un professionnel du service. Là où les infirmiers réalisent une grande partie des évaluations, la majorité des suivis sont effectués par les médecins (pédopsychiatre = 65.9%, interne = 18%, infirmier = 13.8%). De plus, tous diagnostics confondus, les médecins reçoivent 40.3% des nouveaux patients en consultation de première fois, les infirmiers en reçoivent 36.3% et enfin les internes 23.2% ; et qu'en proportion, 50.9% des patients n'ayant pas de TDAH sont reçus par un médecin et 22.4% par un infirmier. Cela suggère que les patients sans TDAH sont plus fréquemment évalués en première consultation par un

médecin alors que les patients avec un TDAH sont plutôt reçus par un infirmier. Seulement un petit nombre de patients TDAH (12.9%) profitent d'un suivi conjoint entre un médecin et un infirmier, pouvant s'expliquer par le fait que ces situations sont souvent associées à une problématique socio-éducative nécessitant de renforcer le lien entre les différents intervenants ; dans ces situations, l'infirmier occupe un rôle similaire à celui d'un *Case-Manager*.

Ces données sont importantes car elles nous permettent de mesurer l'activité de cette file de consultation. Bien que presque la moitié des enfants TDAH aient une primo-évaluation par un infirmier, il serait souhaitable à l'avenir qu'une plus grande proportion y soit orientée en raison de la hausse constante des demandes de consultations en PEA (5). La consultation infirmière possède un rôle central, étant une interface entre le médecin, le patient et sa famille et les évaluations pluridisciplinaires. Elle présente de nombreux avantages qui viennent répondre aux problématiques inhérentes à la PEA (5,81) et à la complexité du TDAH et de ses multiples comorbidités. D'une part, elle facilite l'accès aux soins grâce à des délais plus courts que les consultations spécialisées, sans pour autant perdre en qualité d'évaluation grâce au protocole standardisé, aux questionnaires utilisés. La formation d'infirmier qualifié pour évaluer le TDAH est plus rapide et moins coûteuse, permettant de répondre rapidement et efficacement à un plus grand nombre de demandes, principalement les situations peu complexes, souvent les plus nombreuses, obstruant les circuits de consultation de PEA. Parallèlement, l'infirmier établit les bases de l'alliance thérapeutique et de la psychoéducation, qui sont des moments clés des soins mais chronophages. Ainsi, dans notre parcours de soins du TDAH, le pédopsychiatre occupe à la fois la fonction de coordinateur de soins pour une majorité des situations, mais aussi de praticien spécialisé pour les situations cliniques les plus complexes nécessitant une évaluation et des soins de pointe. On peut voir dans ce modèle une réponse pragmatique face au manque de moyens financiers, de pédopsychiatre et de parcours de soins simples et accessibles, à l'origine de la création du parcours de soins par Coghill et Seth en 2015 (82) dont nous nous sommes inspirés, tout à l'adaptant aux contraintes et problématiques françaises.

En revanche, nous avons conscience que ce type de modèle fonctionne grâce à la présence d'un effectif de professionnels de santé suffisant, aux champs de compétences variés, de médecins spécialistes formés et disponibles pour superviser les soins, ainsi que la présence de médecins en formation qui sont employés dès que possible. Cela peut représenter une limite à l'extrapolabilité de ce système à d'autres CMPEA en souffrance ailleurs en France. Toutefois, la philosophie de cette mutation de fonctionnement est centrée sur la résolution de problèmes, c'est pourquoi, notre modèle se veut flexible et dynamique. Par exemple, il est important de

noter que les protocoles utilisés lors de la première évaluation ne sont pas spécifiques à une profession, et que la formation se veut courte, permettant une meilleure gestion du personnel disponible. Il est aussi envisageable pour les plus petites structures, de mettre en place des suivis allégés pour la titration ou la réévaluation, laissant ainsi un professionnel qualifié réaliser la surveillance et le médecin coordonner les décisions thérapeutiques. De plus, le développement et l'utilisation des interfaces informatiques et audiovisuels, déjà étudié depuis plusieurs années par d'autres auteurs devant les mêmes problématiques (104) et s'étant popularisés avec la téléconsultation lors de la pandémie SARS-CoV-2, sont des outils précieux d'optimisation des prises en charge, permettant, outre le dossier médical partagé, la mise en œuvre d'algorithmes de gestion ou la création d'interfaces de consultation pluridisciplinaire avec des équipes virtuelles.

Afin de poursuivre la logique de construction d'une plateforme de soins accessible et efficace, notre parcours de soins intègre les évaluations pluridisciplinaires naturellement au cours de la prise en charge, selon les besoins des patients. Profitant ainsi de l'influence universitaire et hospitalière, le service peut se permettre de proposer un large éventail d'évaluations, qui ne sont pas toujours abordables dans le réseau libéral en raison des délais et coûts de ces bilans. En ce sens, notre étude montre qu'un tiers des patients TDAH (36.2%) ont reçu ce type d'évaluation. Parmi elles, le bilan psychométrique était le plus demandé (33.5%), suivi de l'évaluation exhaustive de la psychopathologie avec le questionnaire K-SADS-PL (14.7%), puis les journées d'observation en HDJ (13.8%) et enfin le bilan des apprentissages l'échelle BMT-i (9.3%). De ce fait, nous nous sommes aussi intéressés à savoir quel flux d'évaluation était le plus emprunté dans le parcours de soins du TDAH, objectivant que c'est l'association d'une évaluation du fonctionnement intellectuel et d'une observation comportementale (40 patients ayant un TDAH, soit 12%). Toutefois, nous ne retrouvons pas de grande différence des proportions lorsque d'autres professionnels sont associés dans l'évaluation pluridisciplinaire, puisque le bilan exhaustif (comprenant l'observation en HDJ, un bilan psychométrique, des apprentissages et de la psychopathologie) est le flux le moins sollicité et concernent seulement 8.4% des TDAH, soit 28 patients. Dans la littérature, plusieurs auteurs soutiennent la promotion de ce fonctionnement (25,90,94) car le retentissement du TDAH impacte de manière globale le fonctionnement et le développement de l'enfant, nécessitant donc l'intervention d'équipe pluridisciplinaires, préférables pour réaliser une évaluation complète du trouble et des comorbidités. Ainsi, le pédopsychiatre cible les principaux symptômes, mais est également aidé

des compétences des psychologues, infirmiers, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, qui se concentrent sur les difficultés associées grâce à un large éventail d'options thérapeutiques. Néanmoins, notre étude nous indique que 27.2% des patients atteints de TDAH étaient tout de même orientés vers un professionnel médical extérieur à notre service, dont 16.2% vers professionnels de santé mentale. La plus grande partie étaient des orientations vers un psychologue (13.8%) pour une psychothérapie, puisque notre service n'est pas en capacité de fournir un suivi psychologique à tous les patients le nécessitant. C'est pourquoi un dispositif de soins partagé (DSPP) a récemment vu le jour, développé par le MPEA, permettant d'accéder à un réseau soins partagés avec des psychologues, garantissant la mise en place de la psychothérapie. L'orientation vers un psychiatre extérieur était rare (3% des patients avec un TDAH) et signe généralement l'arrêt du suivi au MPEA. L'orientation vers un cardiologue dans le cadre d'un bilan pré-thérapeutique à l'introduction du Méthylphénidate concernait 9.6% de ces patients, représentant la seconde orientation la plus fréquente étant donné que le service n'est pas en mesure de réaliser ce genre de bilan, nécessaire en cas de signe d'appel de risque cardiovasculaire.

Pour finir, notre étude permet d'observer nos pratiques de prescription à l'échelle d'une année chez nos nouveaux patients et de comparer ces pratiques avec la littérature actuelle. Dans le cadre du parcours de soins, le taux de prescription de méthylphénidate chez les patients avec un TDAH était de 47.6% la première année du suivi. Cette proportion est similaire à celle de 2017 dans notre service (105) qui était de 47.9%. Cela suggère que nos pratiques de prescription restent relativement stables au cours du temps, en accord avec les recommandations actuelles. Cependant, la méthodologie de cette dernière étude était différente, puisqu'en 2017, nous avons étudié 219 patients avec un TDAH, recrutés à partir des consultations programmées pour les évaluations pluridisciplinaires des enfants de 5 à 13 ans. Bien que cette tranche d'âge soit la plus représentée dans notre population (environ la moitié de la population totale), elle occulte celle des adolescents. Dans notre étude, en réalisant une analyse complémentaire, on observe que les patients de 6 à 13 ans recevant du méthylphénidate pour leur TDAH correspond à 40% de ces patients, finalement moins que l'estimation faite en 2017. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette légère baisse, tel qu'une absence de données concernant les enfants de 5 ans exclus dans notre étude. On peut aussi évoquer l'amélioration de la psychoéducation, de la guidance parentale et de la transmission des stratégies comportementales, grâce au développement important des groupes thérapeutiques et l'élargissement du public cible. Par

exemple, ces trois dernières années, depuis la pandémie, les effectifs de notre formation *Barkley* ont triplé grâce à son adaptation en visioconférence. Il est aussi envisageable que les familles soient plus réticentes à l'instauration du traitement médicamenteux, mais ces raisons seraient intéressantes à explorer dans une autre étude.

Toutefois, il est intéressant de nuancer ces derniers éléments concernant nos habitudes de prescription grâce à l'analyse de la cotation du question SDQ en fonction du statut de prescription de méthylphénidate. En effet, parmi les patients atteints de TDAH et ayant reçu une ordonnance de méthylphénidate, on observait une positivité plus fréquente du questionnaire parental. Alors que les patients dont le questionnaire parental était négatif, étaient moins susceptibles d'être traités. Cela suggère que lorsque le TDAH impacte la sphère familiale, le médecin serait peut-être plus enclin à introduire le Méthylphénidate. En outre, chez les patients avec un TDAH n'ayant pas reçu de prescription de méthylphénidate, les questionnaires enseignants étaient plus souvent négatifs. De plus, les patients dont les questionnaires enseignants étaient positifs, étaient les patients ayant un taux d'absence de prescription le plus faible. Cela suggère que lorsque le TDAH n'impacte pas la scolarité, le médecin serait peut-être moins enclin à introduire le méthylphénidate.

Néanmoins, notre étude présente plusieurs limites. La première et principale est le caractère exclusivement descriptif de l'étude, ne délivrant pas de résultats soumis à une analyse statistique afin d'étudier la significativité ou non des tendances observées. Une autre limite que l'on peut évoquer est le mode de recueil rétrospectif, basé sur des données déclaratives issues des dossiers médicaux des patients et la temporalité du recueil des données. En effet, le recueil ayant eu lieu fin juin 2023, nous n'avons pas pu acquérir les données complètes d'une année de suivi des patients pris en charge à partir de juillet 2022. Cela a pour conséquence directe de sous-évaluer certains de nos résultats. De plus, nous nous sommes intéressés aux propositions, orientations et préconisations de soins faites par le médecin référent et non pas à leur application réelle, en dehors des suivis instaurés dans notre service. Dans le futur il serait intéressant de vérifier la proportion de ces patients ayant bénéficiés de la mise en place de ces propositions de soins. Par ailleurs, nous avons constitué notre échantillon à partir des consultations programmées, mais un certain nombre de consultations (souvent les plus urgentes ou bien celles en vue d'une hospitalisation) échappent à la programmation informatique par le secrétariat, sous évaluant l'ensemble des premières consultations sur l'année. Pour finir, nous ne nous sommes

pas intéressés à évaluer l'efficacité du parcours de soins sur la réduction des délais de consultation par rapport à un autre modèle, ni de la satisfaction des patients et de leur famille. L'échantillon de l'étude semble suffisamment important et les données diverses et variées pour pouvoir réaliser des études comparatives. De ce fait, à l'avenir, il serait intéressant d'explorer dans une étude comparative les différences de soins proposés et/ou réalisés entre les patients avec un TDAH et ceux sans. Il serait tout aussi intéressant de comparer avec d'autres CMPEA l'efficacité de notre parcours de soins sur des critères qualitatifs tels que la durée des listes d'attentes ou la satisfaction des patients et de leur famille. De même, à l'issue des quatre étapes de notre parcours de soins et lors du suivi, il serait pertinent d'évaluer la modification du score d'impact du questionnaire SDQ utilisé lors de la pré-évaluation afin d'évaluer l'efficacité globale des soins effectués.

Conclusion

Notre étude contribue au développement et à la mise en œuvre d'un parcours de soins du TDAH en accord avec les recommandations internationales actuelles et adapté au système de soins Français. Elle soutient l'intérêt de la mise en place d'une gradation interne dynamique, de l'intervention d'équipes pluridisciplinaires permettant une évaluation complète, un accès facilité à la psychoéducation et la proposition d'un large éventail thérapeutique.

Bibliographie

1. Santé publique France. Santé Mentale. 2023.
2. Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, Black LI, Jones SE, Danielson ML, et al. Mental Health Surveillance Among Children — United States, 2013–2019. 2022;71(2).
3. Caspi A, Houts RM, Ambler A, Danese A, Elliott ML, Hariri A, et al. Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Netw Open*. 21 avr 2020;3(4):e203221.
4. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry*. 1 févr 2020;77(2):155.
5. La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. 2023;
6. Merikangas KR, He J ping, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. oct 2010;49(10):980- 9.
7. Lesinskiene S, Girdzijauskiene S, Gintiliene G, Butkiene D, Puras D, Goodman R, et al. Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in Lithuania. *BMC Public Health*. déc 2018;18(1):548.
8. Foy JM, Kelleher KJ, Laraque D, for the American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. Enhancing Pediatric Mental Health Care: Strategies for Preparing a Primary Care Practice. *Pediatrics*. 1 juin 2010;125(Supplement_3):S87- 108.
9. Barican JL, Yung D, Schwartz C, Zheng Y, Georgiades K, Waddell C. Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evid Based Mental Health*. févr 2022;25(1):36- 44.
10. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health*. oct 2016;59(4):S49- 60.
11. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M, et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*. déc 2014;14(1):237.
12. Hodgkinson S, Godoy L, Beers LS, Lewin A. Improving Mental Health Access for Low-Income Children and Families in the Primary Care Setting. *Pediatrics*. 1 janv 2017;139(1):e20151175.
13. Jaycox LH, Stein BD, Paddock S, Miles JNV, Chandra A, Meredith LS, et al. Impact of Teen Depression on Academic, Social, and Physical Functioning. *Pediatrics*. 1 oct 2009;124(4):e596- 605.
14. Kim WJ. Child and Adolescent Psychiatry Workforce: A Critical Shortage and National Challenge. *Academic Psychiatry*. 1 déc 2003;27(4):277- 82.

15. Meredith LS, Stein BD, Paddock SM, Jaycox LH, Quinn VP, Chandra A, et al. Perceived Barriers to Treatment for Adolescent Depression. *Medical Care*. juin 2009;47(6):677-85.
16. Olfson M, Blanco C, Wang S, Laje G, Correll CU. National Trends in the Mental Health Care of Children, Adolescents, and Adults by Office-Based Physicians. *JAMA Psychiatry*. 1 janv 2014;71(1):81.
17. Petterson S, Miller BF, Payne-Murphy JC, Phillips RL. Mental health treatment in the primary care setting: Patterns and pathways. *Families, Systems, & Health*. 2014;32(2):157-66.
18. Anne E Pidano, Madhavi M Padukkavidana, Lisa Honigfeld. « Doctor, are you listening? » Communication about children's mental health and psychosocial concerns. *Fam Syst Health*. 2017;35(1):91-3.
19. Hart CN, Kelleher KJ, Drotar D, Scholle SH. Parent-provider communication and parental satisfaction with care of children with psychosocial problems. *Patient Education and Counseling*. oct 2007;68(2):179-85.
20. Mickus M, Colenda CC, Hogan AJ. Knowledge of Mental Health Benefits and Preferences for Type of Mental Health Providers Among the General Public. *PS*. févr 2000;51(2):199-202.
21. Chen H, Upadhyay N, Lyu N, Rowan PJ. Association of Primary and Behavioral Health Integrated Care Upon Pediatric Mental Disorder Treatment. *Academic Pediatrics*. sept 2021;21(7):1187-94.
22. Yonek J, Lee CM, Harrison A, Mangurian C, Tolou-Shams M. Key Components of Effective Pediatric Integrated Mental Health Care Models: A Systematic Review. *JAMA Pediatr*. 1 mai 2020;174(5):487.
23. Crocq MA, Guelfi JD, American Psychiatric Association. *DSM-5[®]: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 2016.
24. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*. févr 2018;5(2):175-86.
25. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;
26. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 20 avr 2023;49(1):48.
27. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*. juill 2012;9(3):490-9.
28. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Atten Def Hyp Disord*. mars 2017;9(1):47-65.
29. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*. avr 2014;43(2):434-42.
30. Coghill D, Hodgkins P. Health-related quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus children with diabetes and healthy controls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. mars 2016;25(3):261-71.

31. Mulraney M, Coghill D, Banaschewski T, Zuddas A. Quality of life and impairment in ADHD. In: Oxford University Press. Oxford; 2018. p. pp 161-169. (Oxford textbook of ADHD).
32. Hoza B. Peer Functioning in Children With ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*. 28 mai 2007;32(6):655-63.
33. Matthys W, Cuperus JM, Engeland HV. Deficient Social Problem-Solving in Boys With ODD/CD, With ADHD, and With Both Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. mars 1999;38(3):311-21.
34. Carpenter Rich E, Loo SK, Yang M, Dang J, Smalley SL. Social Functioning Difficulties in ADHD: Association with PDD Risk. *Clin Child Psychol Psychiatry*. juill 2009;14(3):329-44.
35. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed By Research Criteria?III. Mother?Child Interactions, Family Conflicts and Maternal Psychopathology. *J Child Psychol & Psychiat*. janv 1991;32(2):233-55.
36. Able SL, Johnston JA, Adler LA, Swindle RW. Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychol Med*. janv 2007;37(1):97-107.
37. Dupaul GJ, Mcgoey KE, Eckert TL, Vanbrakle J. Preschool Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impairments in Behavioral, Social, and School Functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. mai 2001;40(5):508-15.
38. Ertan C, Özcan ÖÖ, Pepele MS. Paediatric trauma patients and attention deficit hyperactivity disorder: correlation and significance. *Emerg Med J*. nov 2012;29(11):911-4.
39. Prasad V, West J, Sayal K, Kendrick D. Injury among children and young people with and without attention-deficit hyperactivity disorder in the community: The risk of fractures, thermal injuries, and poisonings. *Child Care Health Dev*. nov 2018;44(6):871-8.
40. Ruiz-Goikoetxea M, Cortese S, Magallón S, Aznárez-Sanado M, Álvarez Zallo N, Luis EO, et al. Risk of poisoning in children and adolescents with ADHD: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 15 mai 2018;8(1):7584.
41. Østergaard SD, Dalsgaard S, Faraone SV, Munk-Olsen T, Laursen TM. Teenage Parenthood and Birth Rates for Individuals With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. juill 2017;56(7):578-584.e3.
42. Young S, Moss D, Sedgwick O, Fridman M, Hodgkins P. A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychol Med*. janv 2015;45(2):247-58.
43. Cortese S, Sun S, Zhang J, Sharma E, Chang Z, Kuja-Halkola R, et al. Association between attention deficit hyperactivity disorder and asthma: a systematic review and meta-analysis and a Swedish population-based study. *The Lancet Psychiatry*. sept 2018;5(9):717-26.
44. Kaas TH, Vinding RK, Stokholm J, Bønnelykke K, Bisgaard H, Chawes BL. Association between childhood asthma and attention deficit hyperactivity or autism spectrum disorders: A systematic review with meta-analysis. *Clin Exp Allergy*. févr 2021;51(2):228-52.
45. Cortese S, Moreira Maia CR, Rohde LA, Morcillo-Peñalver C, Faraone SV. Prevalence of obesity in attention-deficit/hyperactivity disorder: study protocol for a systematic review and meta-analysis: *BMJ Open*. mars 2014;4(3):e004541.

46. Li Y, Xie X, Lei X, Li Y, Lei X. Global prevalence of obesity, overweight and underweight in children, adolescents and adults with autism spectrum disorder, attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* [Internet]. déc 2020 [cité 23 juill 2023];21(12). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.13123>
47. Dunn D, Williams A, Giust J, Kronenberger W. Epilepsy and attention-deficit hyperactivity disorder: links, risks, and challenges. *NDT*. févr 2016;287.
48. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Atten Def Hyp Disord*. mars 2015;7(1):27-38.
49. Hollingdale J, Woodhouse E, Young S, Fridman A, Mandy W. Autistic spectrum disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytical review. *Psychol Med*. oct 2020;50(13):2240-53.
50. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. août 2008;47(8):921-9.
51. Simonoff E, Banaschewski T, Coghill D, Zuddas A. Intellectual impairment and neurogenetic disorders. In: Oxford University Press. Oxford; 2018. p. pp 235-246. (Oxford textbook of ADHD).
52. Hollis C, Pennant M, Cuenca J, Glazebrook C, Kendall T, Whittington C, et al. Clinical effectiveness and patient perspectives of different treatment strategies for tics in children and adolescents with Tourette syndrome: a systematic review and qualitative analysis. *Health Technol Assess*. janv 2016;20(4):1-450.
53. Thapar A, Van Goozen S, Banaschewski T, Coghill D, Zuddas A. Conduct disorder in ADHD. In: Oxford University Press. Oxford; 2018. p. pp 193-200. (Oxford textbook of ADHD). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=0v5cDwAAQBAJ&lpq=PP1&hl=fr&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
54. Oxley C, Stringaris A, Banaschewski T, Coghill D, Zuddas A. Comorbidity: depression and anxiety. In: Oxford University Press. Oxford; p. pp 206-214. (Oxford textbook of ADHD).
55. Wilens T, Carrellas N, Biederman J, Banaschewski T, Coghill D, Zuddas A. ADHD and substance misuse. In: Oxford University Press. Oxford; 2018. p. pp 215-226. (Oxford textbook of ADHD).
56. Cortese S, Faraone SV, Konofal E, Lecendreux M. Sleep in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Subjective and Objective Studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. sept 2009;48(9):894-908.
57. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*. 2009;135(3):495-510.
58. Matthies SD, Philipsen A. Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)—review of recent findings. *Bord Personal Disord Emot Dysregul*. 2014;1(1):3.
59. Stepp SD, Burke JD, Hipwell AE, Loeber R. Trajectories of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms as Precursors of Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent Girls. *J Abnorm Child Psychol*. janv 2012;40(1):7-20.

60. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. sept 2018;5(9):727-38.
61. MTA Cooperative Group. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. 1999;1073-86.
62. Storebø OJ, Pedersen N, Ramstad E, Kielsholm ML, Nielsen SS, Krogh HB, et al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents - assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 10 mai 2018 [cité 24 juill 2023]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012069.pub2>
63. Fernández De La Cruz L, Simonoff E, McGough JJ, Halperin JM, Arnold LE, Stringaris A. Treatment of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Irritability: Results From the Multimodal Treatment Study of Children With ADHD (MTA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. janv 2015;54(1):62-70.e3.
64. Posner J, Kass E, Hulvershorn L. Using Stimulants to Treat ADHD-Related Emotional Lability. *Curr Psychiatry Rep*. oct 2014;16(10):478.
65. Van Der Oord S, Prins PJM, Oosterlaan J, Emmelkamp PMG. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. juin 2008;28(5):783-800.
66. Chang Z, Quinn PD, Hur K, Gibbons RD, Sjölander A, Larsson H, et al. Association Between Medication Use for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Risk of Motor Vehicle Crashes. *JAMA Psychiatry*. 1 juin 2017;74(6):597.
67. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S, et al. Medication for Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Criminality. *N Engl J Med*. 22 nov 2012;367(21):2006-14.
68. Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments. *AJP*. mars 2013;170(3):275-89.
69. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral Interventions in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Across Multiple Outcome Domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. août 2014;53(8):835-847.e5.
70. Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, Buitelaar J, Daley D, Dittmann RW, et al. Cognitive Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. mars 2015;54(3):164-74.
71. Bussalb A, Congedo M, Barthélemy Q, Ojeda D, Acquaviva E, Delorme R, et al. Clinical and Experimental Factors Influencing the Efficacy of Neurofeedback in ADHD: A Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 18 févr 2019;10:35.
72. Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, Langenbahn DM, Malec JF, Bergquist TF, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. déc 2000;81(12):1596-615.

73. Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, Holtmann M, Aggensteiner P, Daley D, et al. Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. juin 2016;55(6):444-55.
74. Giroux S, Parent V, Guay MC. La remédiation cognitive et la remédiation métacognitive pour les personnes ayant un TDAH : deux stratégies d'intervention novatrices et pourquoi pas complémentaires ? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. sept 2010;20(3):87-92.
75. Klingberg T, Fernell E, Olesen PJ, Johnson M, Gustafsson P, Dahlström K, et al. Computerized Training of Working Memory in Children With ADHD-A Randomized, Controlled Trial. *J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY*. 2005;
76. Strehl U, Aggensteiner P, Wachtlin D, Brandeis D, Albrecht B, Arana M, et al. Neurofeedback of Slow Cortical Potentials in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Multicenter Randomized Trial Controlling for Unspecific Effects. *Front Hum Neurosci [Internet]*. 31 mars 2017 [cité 24 juill 2023];11. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2017.00135/full>
77. Händel MN, Rohde JF, Rimestad ML, Bandak E, Birkefoss K, Tendal B, et al. Efficacy and Safety of Polyunsaturated Fatty Acids Supplementation in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. *Nutrients*. 8 avr 2021;13(4):1226.
78. Stevenson J, Buitelaar J, Cortese S, Ferrin M, Konofal E, Lecendreux M, et al. Research Review: The role of diet in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder - an appraisal of the evidence on efficacy and recommendations on the design of future studies. *J Child Psychol Psychiatr*. mai 2014;55(5):416-27.
79. Ford T. Practitioner Review: How can epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. sept 2008;49(9):900-14.
80. Langley K, Fowler T, Ford T, Thapar AK, Van Den Bree M, Harold G, et al. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. mars 2010;196(3):235-40.
81. Wright N, Moldavsky M, Schneider J, Chakrabarti I, Coates J, Daley D, et al. Practitioner Review: Pathways to care for ADHD – a systematic review of barriers and facilitators. *J Child Psychol Psychiatr*. juin 2015;56(6):598-617.
82. Coghill D, Seth S. Effective management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) through structured re-assessment: the Dundee ADHD Clinical Care Pathway. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. déc 2015;9(1):52.
83. Holden SE, Jenkins-Jones S, Poole CD, Morgan CL, Coghill D, Currie CJ. The prevalence and incidence, resource use and financial costs of treating people with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the United Kingdom (1998 to 2010). *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. déc 2013;7(1):34.
84. CADDRA Canadian ADHD Resource Alliance. Canadian ADHD practice guidelines. 2011.
85. Chaplin S. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *Prog Neurol Psychiatry*. juill 2018;22(3):27-9.

86. Pliszka S. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. juill 2007;46(7):894-921.
87. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Committee on Quality Improvement. Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 1 oct 2001;108(4):1033-44.
88. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder ? first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry [Internet]*. juill 2004 [cité 28 juill 2023];13(S1). Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-004-1002-x>
89. Bernard SH, Turk J. Developing mental health services for children and adolescents with learning disabilities: a toolkit for clinicians. London: Royal college of psychiatrists; 2009.
90. Coghill D, Danckaerts M, Banaschewski T, Zuddas A. Organizing and delivering treatment for ADHD. In: Oxford University Press. Oxford; 2018. p. pp 417-425. (Oxford textbook of ADHD).
91. Ma CS. Diagnosis and Treatment of ADHD in Europe. 2021;
92. Christine RD. Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Repérage, diagnostic et prise en charge des adultes. 2021;
93. Ohan JL, Visser TAW. Why Is There a Gender Gap in Children Presenting for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Services? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 31 août 2009;38(5):650-60.
94. Coghill D, Banaschewski T, Cortese S, Asherson P, Brandeis D, Buitelaar J, et al. The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]*. 22 oct 2021 [cité 14 févr 2023]; Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/s00787-021-01871-x>
95. Ferrin M, Taylor E. Child and caregiver issues in the treatment of attention deficit–hyperactivity disorder: education, adherence and treatment choice. *Future Neurology*. mai 2011;6(3):399-413.
96. Schatz NK, Fabiano GA, Cunningham CE, dosReis S, Waschbusch DA, Jerome S, et al. Systematic Review of Patients’ and Parents’ Preferences for ADHD Treatment Options and Processes of Care. *Patient*. déc 2015;8(6):483-97.
97. Ferrin M, Perez-Ayala V, El-Abd S, Lax-Pericall T, Jacobs B, Bilbow A, et al. A Randomized Controlled Trial Evaluating the Efficacy of a Psychoeducation Program for Families of Children and Adolescents With ADHD in the United Kingdom: Results After a 6-Month Follow-Up. *J Atten Disord*. mars 2020;24(5):768-79.
98. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. sept 2021;128:789-818.
99. Richardson M, Moore DA, Gwernan-Jones R, Thompson-Coon J, Ukoumunne O, Rogers M, et al. Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health Technol Assess*. juin 2015;19(45):1-470.

100. Woodward L, Dowdney L, Taylor E. Child and Family Factors Influencing the Clinical Referral of Children with Hyperactivity: A Research Note. *J Child Psychol & Psychiat.* mai 1997;38(4):479-85.
101. Sayal K, Taylor E, Beecham J, Byrne P. Pathways to care in children at risk of attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry.* juill 2002;181(1):43-8.
102. Kovshoff H, Williams S, Vrijens M, Danckaerts M, Thompson M, Yardley L, et al. The decisions regarding ADHD management (DRAMa) study: uncertainties and complexities in assessment, diagnosis and treatment, from the clinician's point of view. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* févr 2012;21(2):87-99.
103. Newlove-Delgado T. Annual Research Review: The impact of Covid-19 on psychopathology in children and young people worldwide: systematic review of studies with pre- and within-pandemic data. 2023;64(4):pp 611-640.
104. Rockhill CM, Carlisle LL, Qu P, Vander Stoep A, French W, Zhou C, et al. Primary Care Management of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Appears More Assertive Following Brief Psychiatric Intervention Compared with Single Session Consultation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.* 1 juin 2020;30(5):285-92.
105. Courtabessis E, Pupier F, Surig L, Picot MC, Nogué E, Macioce V, et al. Clinical factors associated with decision to recommend methylphenidate treatment for children with ADHD in France. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* mars 2018;27(3):367-76.
106. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol & Psychiat.* juill 1997;38(5):581-6.
107. Lundh LG, Wångby-Lundh M, Bjärehed J. Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: A study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology.* déc 2008;49(6):523-32.
108. Mieloo C, Raat H, Van Oort F, Bevaart F, Vogel I, Donker M, et al. Validity and Reliability of the Strengths and Difficulties Questionnaire in 5–6 Year Olds: Differences by Gender or by Parental Education? Thorne C, éditeur. *PLoS ONE.* 18 mai 2012;7(5):e36805.
109. Yao S, Zhang C, Zhu X, Jing X, McWhinnie CM, Abela JRZ. Measuring Adolescent Psychopathology: Psychometric Properties of the Self-Report Strengths and Difficulties Questionnaire in a Sample of Chinese Adolescents. *Journal of Adolescent Health.* juill 2009;45(1):55-62.
110. Recommandations de Bonne Pratique Clinique : prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences. Société Française de Médecine d'Urgence; 2021.
111. Pappas D. ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation. *Journal of Psychoeducational Assessment.* juin 2006;24(2):172-8.
112. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* juill 1997;36(7):980-8.

Annexes

Organisation territoriale de la santé mentale en France

L'organisation territoriale de la santé en France implique différents niveaux de soins selon les besoins des patients. Les soins primaires, en première ligne, sont exercés par les professionnels de santé au niveau local. Les soins secondaires, dits spécialisés, sont dispensés dans les *centres hospitaliers* (CH) à l'échelle départementale, ou localement par des professionnels libéraux. Enfin, les soins tertiaires (et quaternaires) correspondent à la médecine de pointe hyperspécialisée, prodigués dans les *centres hospitaliers universitaires* (CHU) à l'échelle régionale. Les CHU sont des centres hospitaliers régionaux ayant passé une convention avec une ou plusieurs universités et ont pour mission de délivrer des soins, d'enseigner et de participer à la recherche scientifique.

Toutefois, l'organisation territoriale de la psychiatrie de l'adulte ou infanto-juvénile a pour particularité d'être sectorisée, c'est-à-dire divisée en zone géodémographique appelée « secteur ». Les soins de chaque secteur (et donc chaque patient selon son lieu de résidence) sont assurés par une même équipe de professionnels en santé mentale. Un secteur en pédopsychiatrie correspond à une circonscription d'environ 200 000 habitants, répondant aux besoins en santé mentale pour les mineurs. L'offre de soins est soit ambulatoire, dans les *centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents* (CMPEA) qui sont la porte d'entrée des soins spécialisés, soit hospitalière au sein des CH ou CHU.

Le service de *médecine psychologique de l'enfant et adolescent* (MPEA) dans lequel se déroule cette étude, appartient à l'hôpital Saint Éloi au CHU de Montpellier. Comme vu précédemment, son rôle est triple : le premier étant celui d'un CMPEA garantissant les soins de santé mentale pour le secteur géodémographique, tout en proposant des soins de pointe pour les situations cliniques complexes ; le second est de fournir un cadre de formation universitaire pour les différents professionnels de santé souhaitant se former à la médecine PEA ; le dernier est la recherche, l'évaluation et l'intégration des nouvelles connaissances actuelles, afin d'élaborer des applications cliniques pour améliorer les prises en charge. Par conséquent, le MPEA offre un large dispositif de soins spécialisés qui a nécessité d'établir des parcours de soins protocolisés et spécifiques à chaque dimension psychopathologique. En outre, le MPEA est sollicité à la fois par le réseau libéral mais aussi par les services hospitaliers comme les urgences

et la pédiatrie, de manière programmée ou impérieuse. C'est pourquoi, au fil des années, plusieurs unités hospitalières composées d'équipe médicale pluridisciplinaire furent créées, organisées soit sous forme d'hospitalisation complète, de consultation ou d'hospitalisation de jour. Ainsi, pour fluidifier les listes d'attente et standardiser les évaluations, plusieurs parcours de soins spécifiques ont été élaborés, tels que pour les troubles du comportement alimentaire, les urgences et la liaison pédopsychiatrique, le psychotraumatisme, la transidentité de genre et le TDAH. Dans cette étude, nous nous sommes intéressés aux demandes d'évaluation du TDAH programmées essentiellement (quelques-unes étant orientées par les urgences en cas de forte suspicion de TDAH).

Description du parcours de soins dans le TDAH

Etape 1 : Demande de consultation :

Généralement, chaque famille souhaitant une consultation pour leur enfant ou adolescent qui n'est pas connu de notre service, constitue à notre demande un dossier de « première demande de consultation ». Ce dossier contient un formulaire à remplir par les parents indiquant en quelques mots l'objet de leur demande, ainsi que des informations sur le mode de vie de l'enfant, ses antécédents (périnataux, développementaux, médicaux, chirurgicaux et psychiatriques). Nous demandons systématiquement qu'un courrier d'adressage du médecin référent (médecin généraliste ou pédiatre) soit fourni ; il est bien séant qu'un second courrier ou le compte-rendu de bilan soient transmis de la part du professionnel (tel qu'un médecin spécialiste, psychologue ou autre praticien para/médical) suivant déjà l'enfant, car souvent complémentaire et pertinent compte tenu de leur compétence et proximité avec le patient. Pour finir, chaque dossier renseigne l'échelle *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (106) (**Annexes : Tableau 1**) rempli par la famille et les enseignants. Ce questionnaire est reconnu pour sa qualité de dépistage grâce à une bonne cohérence interne et sa validité discriminante (107–109). Le SDQ est un hétéro-questionnaire, utilisable pour les enfants et adolescents de 4 à 17 ans, couvrant quatre domaines problématiques (les symptômes émotionnels, d'inattention/hyperactivité, les difficultés de conduite et relationnelles avec les pairs) au travers de vingt items ; et de cinq autres supplémentaires explorant le comportement prosocial. Le retentissement des difficultés est évalué dans huit autres items annexes appelés « scores d'impact » ne contribuant pas au score total. Les parents ou enseignants évaluent

chaque assertion sur une échelle de Likert à trois points (0 = pas vrai, 1 = parfois ou un peu vrai, 2 = très vrai), les scores les plus élevés indiquant les difficultés les plus importantes.

Annexes : Tableau 1 : Interprétation clinique des scores du questionnaire SQD.

Score	Normal ³	Etat limite ³	Anormal ⁴
Parents			
Total des difficultés ¹	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Troubles émotionnels	0 - 3	4	5 - 10
Troubles comportementaux	0 - 2	3	4 - 10
Hyperactivité/inattention	0 - 5	6	7 - 10
Troubles relationnels	0 - 2	3	4 - 10
Comportement prosocial ²	6 - 10	5	0 - 4
Enseignants			
Total des difficultés	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Troubles émotionnels	0 - 4	5	6 - 10
Troubles comportementaux	0 - 2	3	4 - 10
Hyperactivité	0 - 5	6	7 - 10
Troubles relationnels	0 - 3	4	5 - 10
Comportement prosocial ²	6 - 10	5	0 - 4

Ce tableau représente l'interprétation clinique du score total des difficultés et des scores des domaines de difficulté lors de l'utilisation du questionnaire SDQ pour dépister des troubles psychiatriques chez l'enfant ou l'adolescent à l'étape de pré-évaluation dans le parcours de soins du TDAH.

¹ : le score total des difficultés est la somme des scores « troubles émotionnels », « troubles comportementaux », « hyperactivité/inattention » et « troubles relationnels ».

² : le score prosocial et le score d'impact n'ont pas été utilisés dans la cotation du questionnaire.

³ et ⁴ : pour l'analyse de l'étude, nous avons utilisé seulement le score total des difficultés pour les questionnaires parentaux et enseignants. Nous avons regroupé la variable quantitative numérique du score total en variable qualitative : « négatif » pour un score total « normal » ou « état limite » et « positif » pour un score total « anormal ».

Une fois que le dossier est suffisamment complet, le patient est inscrit sur une liste d'attente jusqu'à une pré-évaluation. Elle est réalisée en réunion collégiale comprenant la Professeure de pédopsychiatrie, chef de service, ainsi que des médecins séniors afin d'évaluer le motif de la demande, le degré d'urgence, le profil des troubles suspectés, leur impact et le contexte socio-familial de l'enfant. Le premier objectif de cette pré-évaluation est de réaliser un tri et de prioriser le délai de consultation dans la file d'attente en fonction de l'urgence. Nous retenons plusieurs critères de priorisation (**Annexes : Tableau 2**) tel que l'auto-agressivité ou l'hétéro-agressivité importante ou bien les patients ayant des troubles neurodéveloppementaux complexes dont le retentissement familial, scolaire ou personnel est extrêmement invalidant. Son second rôle est, dans la mesure du possible, d'orienter le patient dans le parcours de soins le plus adapté.

Bien que ce premier tri, donnant l'orientation initiale et précédant la gradation interne, ne soit pas formellement standardisé, il est néanmoins soumis à l'appréciation clinique collégiale

de plusieurs médecins expérimentés qui ont la responsabilité de chacun des différents parcours de soins.

Annexes : Tableau 2 : Critère de priorisation dans la liste d'attente lors de la pré-évaluation clinique.

Critère de priorisation dans la liste d'attente
Patient avec un risque significatif de réaliser un acte auto-agressif et/ou hétéro-agressif
Patient ayant à première vue une indication formelle à recevoir un traitement médicamenteux
Réduction significative du temps de scolarisation ou déscolarisation complète, en raison du trouble
Présence ou risque important d'épuisement familial ou des personnes ressources, d'autant plus si des travailleurs sociaux sont déjà impliqués de manière appropriée
Patient à haut risque de développer un trouble psychiques comorbide en l'absence de soins
Patient approchant la limite d'âge supérieure du service (≥ 16 ans)

Ces critères de priorisation ont pour objectif de fournir rapidement des soins aux situations jugées de prime abord à risque ou complexe. Ils sont fondés sur une expérience clinique collégiale s'appuyant sur des critères diagnostiques standardisés (23) et des recommandations de bonne pratique en psychiatrie d'urgence (110).

Dans le cadre de la gradation interne dynamique, l'orientation vers un professionnel de santé obéit à certains critères qui sont les suivants.

Les infirmiers reçoivent majoritairement les enfants jusqu'à douze ans chez qui on suspecte un trouble du neurodéveloppement peu complexe et dont le dossier de première fois est peu informatif, sans bilan complémentaire.

Certaines premières consultations formulent explicitement le souhait de mettre en place un suivi psychologique. Par conséquent, l'orientation est faite vers un psychologue du service afin de définir précisément la demande et les besoins du patient et de sa famille.

A côté de cela, les consultations à prioriser sont orientées directement vers un médecin (sénior ou interne). En pratique, ces situations possèdent un ou plusieurs critères de priorité, des bilans sont déjà disponibles et une décision médicale d'initiation de traitement pharmacologique ou psychothérapeutique est à prendre rapidement. Il s'agit habituellement de trouble anxieux ou épisode dépressif nécessitant un antidépresseur, ou un TDAH décompensé nécessitant un psychostimulant. Pour cet effet, l'interne reçoit les situations cliniques de TDAH préjugées simples ou peu complexes, c'est-à-dire d'intensité légère ou modérée, pouvant être associées à des comorbidités psychiatriques non sévères. Il dirige alors lui-même le parcours de soins selon les protocoles cliniques fournis par le service et sa formation spécialisée, tout en bénéficiant d'une supervision par le médecin pédopsychiatre référent. Quant à lui, le médecin

pédopsychiatre sénior, reçoit en consultation directement les cas les plus complexes dont le retentissement négatif est important, à savoir ceux associant plusieurs facteurs parmi un autre trouble neurodéveloppemental invalidant, une décompensation psychiatrique sévère, des facteurs environnementaux délétères tels que des conditions de vie socio-familiales précaires ou de la maltraitance. Le médecin sénior peut aussi être sollicité par un confrère afin de rendre un avis d'expertise sur une situation clinique interdisciplinaire.

A l'issue de cette pré-évaluation, le patient est orienté à la seconde étape du parcours de soins, lors d'une première consultation avec un médecin pédopsychiatre, un interne en médecine, un psychologue ou un infirmier spécialisé.

Etape 2 : Evaluation, diagnostic et projet thérapeutique

Cette étape se divise en trois parties qui se succèdent invariablement dans le même ordre. En revanche, les professionnels intervenants peuvent varier d'une seule et même personne à une équipe pluridisciplinaire, en fonction de la complexité ou le degré d'urgence d'une situation.

Le rôle du médecin (et interne) est d'établir une « voie directe » pour l'évaluation car les circonstances cliniques l'exigent. Autrement, l'infirmier recueille de manière la plus exhaustive possible les informations cliniques, qui seront supervisées par le médecin pédopsychiatre référent en réunion pluridisciplinaire hebdomadaire. Cela permet d'optimiser le temps et l'expertise médicale du médecin au rôle strict mais non limitatif de diagnosticien et coordinateur de soin, facilitant ainsi la gestion des ressources limitées et les compétences de chacun, afin d'améliorer le flux et l'offre de soin.

Etape 2a : Evaluation

Cette première évaluation correspond à une consultation d'une heure à une heure et demie en fonction de l'intervenant.

Le patient et sa famille, parfois accompagnés d'un intervenant extérieur (travailleur social ou médico-pédagogique) sont reçus en consultation auprès d'un praticien du service. L'objectif est de recueillir des informations complémentaires à celles renseignées dans le dossier de première fois afin de poser un diagnostic et évaluer les possibilités thérapeutiques. Pour cela, cet

entretien est guidé par un questionnaire standardisé semi-dirigé par l'intervenant préalablement formé. Afin d'argumenter le diagnostic et pour ne pas méconnaître un éventuel diagnostic différentiel, l'intervenant explore les difficultés actuelles, les symptômes psychopathologiques, le stade de développement, des signes fonctionnels physiques, puis reprend les antécédents personnels et familiaux périnataux, développementaux, psychiatriques, somatiques, génétiques. La présence d'un éventuel déficit auditif et/ou visuel ainsi que leurs derniers bilans sont recherchés. De même, le professionnel enquête si des bilans en orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, orthoptique et psychométrie ont déjà été réalisés. Il est également indiqué si le patient a nécessité précocement de soins en structures spécialisées médico-sociales telles que *les centres d'action médico-spécialisés précoces (CAMSP)*, *centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)* ou *les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)*. En outre, le fonctionnement global (y compris les comportements opposants voire délictueux) de l'enfant et le retentissement de ses difficultés sont évalués en questionnant sur ses interactions sociales dans la sphère familiale, scolaire et extra-scolaire, notamment dans la relation avec ses pairs. La qualité des apprentissages et le fonctionnement scolaire sont entre autre documentés par la transmission des bulletins scolaires.

La consultation est aussi l'occasion, par le biais d'activités ludiques, d'observer le comportement de l'enfant, de la qualité de ses interactions avec ses parents ou accompagnants, de sa posture par rapport au praticien inconnu, de son élocution, de la qualité de son champ lexical (compte tenu de son âge), de sa motricité (globale et fine) et le dépistage de tics moteurs et vocaux. La prise de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque ainsi que la recherche d'antécédent cardiovasculaire personnel ou familial sont effectuées.

Le TDAH est évalué avec un entretien semi-structuré par l'intermédiaire de l'échelle *attention-deficit/hyperactivity disorder rating scale IV (ADHD-RS-IV)* (**Annexes : Tableau 3 et 4**) qui possède une bonne fiabilité et validé (111), dont la sensibilité est estimée à 83% et une spécificité à 97% (82). C'est une échelle facile et rapide d'utilisation dont le but est de recueillir la fréquence des symptômes du TDAH auprès des parents et des enseignants. C'est un questionnaire de dix-huit items qui peut être utilisé par les cliniciens pour dépister, diagnostiquer ou évaluer la réponse thérapeutique du TDAH chez les patients de cinq à dix-huit ans, selon les critères diagnostics du DSM-IV. Chaque item est noté sur une échelle de Likert à quatre points (jamais/rarement = 0, parfois = 1, souvent = 2, très souvent = 3). Un score >2 est très évocateur d'un TDAH, en revanche un score intermédiaire 1-2 nécessite un jugement clinique. Le score brut total est la combinaison

des scores bruts pour les dimensions « inattention » et « hyperactivité ». Ces scores sont interprétés en fonction des percentiles selon l'âge et le sexe de l'enfants pour définir un score seuil pathologique.

Annexes : Tableau 3 : Interprétation clinique des scores du questionnaire ADHD-RS-IV.

Score de l'échelle ADHD-RS-IV				Première évaluation		Évaluation de la réponse thérapeutique
Score total (0 - 54)	Moyenne du score total des items ¹	Score des dimensions inattention et hyperactivité (0 - 27)	Moyenne du score des items des dimensions	Interprétation clinique	Orientation clinique	Interprétation clinique
0 - 18	≤ 1	0 - 9	≤ 1	TDAH peu probable.	D'autres hypothèses doivent être envisagées pour expliquer les difficultés. La première évaluation clinique devra orienter vers le parcours de soins le plus adapté.	Réponse thérapeutique optimale. Les symptômes ne sont plus pathologiques.
19 - 26	< 1.5	10 - 13	< 1.5	TDAH probable. A confronter à l'abaque des seuils pathologique selon l'âge et le sexe (Tab.4).	Une évaluation clinique complète doit être réalisée. L'avis du médecin est nécessaire. Le parcours de soins sera discuté selon la conclusion de l'évaluation.	Bonne réponse thérapeutique. Les symptômes ont significativement régressé et sont à la limite de la normale. Le traitement peut être optimisé
27 - 36	1.5 - 2	14 - 18	1.5 - 2	TDAH probable. A confronter à l'abaque des seuils pathologique selon l'âge et le sexe (Tab.4).	Une évaluation clinique complète doit être réalisée. L'avis du médecin est nécessaire. Le parcours de soins sera discuté selon la conclusion de l'évaluation.	Réponse thérapeutique modérée. Les symptômes ont régressé mais n'ont pas disparus. Le traitement doit être optimisé.
37 - 54	> 2	19 - 27	> 2	TDAH très probable.	Une évaluation clinique complète doit être réalisée. L'avis du médecin est nécessaire. Un traitement médicamenteux doit être envisagé en priorité.	Absence ou faible réponse thérapeutique. Les symptômes sont encore présents. Le traitement doit être optimisé et d'autres hypothèses cliniques doivent être envisagées.

Ce tableau représente l'interprétation clinique des scores du questionnaire ADHD-RS-IV lorsqu'il est utilisé lors de la première évaluation du patient (étape 2a du parcours de soins) et lors de l'évaluation de la réponse thérapeutique du traitement (médicamenteux ou non pharmacologique) pendant la période de titration et de suivi du patient (étape 3 et 4 du parcours de soins).

¹ : Calculé en divisant le score total ou les scores des dimensions par le nombre d'items (18 pour le total ; 9 pour chaque dimension).

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

ADHD-RS-IV : attention-deficit/hyperactivity disorder rating scale IV

Annexes : Tableau 4 : Abaque des seuils pathologiques des scores totaux, d'inattention et d'hyperactivité de l'échelle ADHD-RS-IV selon l'âge et le sexe.

Sexe	Âge	Score seuil pour l'inattention ¹	Score seuil pour l'hyperactivité/impulsivité ²	Score seuil total ³
Garçons				
	5-7 ans	13.6	14.9	27.5
	8-10 ans	14.6	13.4	26.9
	11-13 ans	16.1	13.1	28.5
	14-18 ans	13.7	10.2	22.8
Filles				
	5-7 ans	11.2	11.8	21.8
	8-10 ans	10.7	9.1	18.8
	11-13 ans	12.3	8.1	19.3
	14-18 ans	10.9	9.0	19.0

Ce tableau représente les moyennes (+1.5 déviations standard) des scores cliniquement significatifs pour les symptômes d'inattention, d'hyperactivité/impulsivité et totaux selon l'âge et le sexe lors de l'évaluation du TDAH chez l'enfant et l'adolescent avec le questionnaire ADHD-RS-IV.

Source : DuPaul, Anastopoulos, Power, Reid, Ikeda, and McGoe (in press), Barkley RA (personal communication).

¹ : Le score d'inattention est la somme des scores des items impairs.

² : Le score d'hyperactivité/impulsivité est la somme des scores des items pairs.

³ : Le score total est la somme des scores des 18 items du questionnaire.

L'échelle SDQ (**Annexes : Tableau 1**) est réalisée à cette partie de l'entretien si elle n'avait pas été réalisée. Des évaluations complémentaires peuvent être utilisées selon le contexte, comme la section de dépistage et diagnostic du questionnaire *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version* (K-SADS-PL) (Kaufman et al., 1997) ou des échelles de symptômes dépressifs, de troubles anxieux, de fonctionnement psychosocial, d'estime de soi.

A l'issue de cette première évaluation, le dossier du patient, comprenant l'ensemble des informations recueillies, est présenté au médecin pédopsychiatre référent. Si les informations sont suffisantes alors la suite de la prise en charge passera à l'étape suivante avec un rendez-vous médical pour discussion diagnostique et thérapeutique.

En revanche, dans le cas contraire ou en présence de symptômes atypiques, une évaluation protocolisée et approfondie est organisée à l'hôpital de jour du service sous la forme d'une ou plusieurs demi-journées ou journées d'évaluation. Lors de ces temps d'évaluation, l'enfant est accueilli individuellement dans le service pour réaliser des échelles standardisées complémentaires pour évaluer plus précisément certains troubles développementaux ou psychiatriques suspectés. La journée consacre un temps d'observation de l'enfant autour d'activités ludiques, seul avec l'adulte ou avec d'autres enfants, afin d'observer plus précisément

ses compétences de réflexion, d'adaptation, émotionnelles et sociales. Il est possible qu'une partie de l'observation se déroule dans le milieu scolaire de l'enfant, dans lequel intervient le praticien, avec l'accord de l'école, pour observer le plus directement possible le fonctionnement scolaire et social de l'enfant. Durant la journée, l'enfant est accueilli par un psychologue afin de réaliser un bilan psychométrique par l'échelle *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-V)* permettant de mesurer le fonctionnement intellectuel du sujet ou éventuellement des tests d'attention. Parallèlement, les parents ou les personnes ressources du patient sont reçus par un interne du service afin d'effectuer l'hétéro-questionnaire semi-dirigé K-SADS-PL qui est une échelle valide et de bonne qualité (112) pour explorer les différentes dimensions de la psychopathologie (trouble de l'humeur, psychotique, anxieux, psychotraumatique, neurodéveloppemental, des conduites alimentaires, du contrôle des impulsions et des conduites, du contrôle sphinctérien et les trouble addictifs). Dans certaines situations plus rares, un patient peut être amené à recevoir un bilan psychomoteur auprès d'un des psychomotriciens du service, ou bien une évaluation scolaire par un enseignant assurant la scolarité pendant les soins. La journée d'évaluation se conclut par une synthèse des évaluateurs et la rédaction d'un compte rendu médical.

La réalisation d'une *imagerie à résonance magnétique (IRM)* cérébrale, d'un *électro-encéphalogramme (EEG)*, d'un *électrocardiogramme (ECG)* ou d'un bilan biologique n'est pas systématique à cette étape, elle peut être recommandée sur signes d'appel après appréciation clinique du médecin référent.

Etape 2b : diagnostic et projet thérapeutique

Le médecin pédopsychiatre, sollicité par l'infirmier lors de la réunion de service, ou bien par un interne en supervision, pose le diagnostic principal selon les critères du DSM-5 (23). Ensuite, après concertation pluridisciplinaire avec les membres du service, le médecin ou l'interne formulent les recommandations de soins, qui sont généralement les suivantes :

- Mise en place d'un accompagnement psychologique et préconisation du type de psychothérapie qui serait la plus adaptée. Le suivi peut être organisé au sein du service en cas de situation complexe. Il peut aussi être orienté à l'extérieur du service, en libéral, auprès du praticien de leur choix. Dans les situations ne pouvant bénéficier d'un suivi dans le service (car pas assez grave) alors qu'une psychothérapie est indiquée, le médecin

peut proposer au patient d'intégrer le *dispositif des soins partagés* (DSPP). En effet c'est un dispositif récent mis en place par le MPEA permettant d'accéder à un réseau soins partagés avec des psychologues, garantissant la mise en place de la psychothérapie.

- Réalisation de bilan supplémentaire et de rééducation si nécessaire (orthophonique, psychomoteur, ergothérapeutique, psychométrique, orthoptique, sensoriel) si des troubles des apprentissages ou sensoriels sont identifiés ou suspectés. Ces rééducations sont organisées dans le réseau libéral. Selon le degré de handicap cela s'organise via le réseau de soins partagés *Occitadys* qui permet au patient et sa famille d'accéder à une liste de praticiens conventionnés, afin d'avoir une prise en charge couverte par des forfaits ou alors via une *allocation d'éducation enfant handicapé* (AEEH) versée au terme d'une procédure de reconnaissance de handicap auprès de *la Maison Départementale des Handicapés* (MDPH).
- Proposition de participation à des groupes thérapeutiques au sein du service. Cela peut être un groupe parental de psychoéducation et formation comportementale comme le stage *Barkley*, le groupe *GCOP* ou *Incredible Years*. Pour les patients ayant un TDAH, il s'agit de groupe fondé sur un apprentissage cognitif et comportemental, illustré par les groupes *ARC* ou *ATOLE*, dont l'indication varie selon l'âge et les besoins identifiés. D'autres groupes sont à disposition selon les comorbidités du TDAH, tel que les groupes parentaux dans le cadre des enfants opposants ou tyrans ; ou des groupes destinés aux patients pour les *groupes d'affirmation de soi* (GAS), *CARE*, *habilité sociale*, *IDEACTO*, *groupe de la gestion de la colère*.
- Orientation vers un médecin spécialiste pour un bilan ou prise en charge complémentaire. Il s'agit généralement d'un neuropédiatre pour éliminer une affection neurologique, un cardiologue dans le cadre d'un bilan pré-thérapeutique à l'introduction du méthylphénidate (seulement en cas de signes d'appel), un généticien en cas d'affection d'allure syndromique. Le médecin peut avoir recours bien évidemment à d'autres spécialistes selon le contexte.
- Indication à introduire un traitement pharmacologique, notamment un psychostimulant. Les plus utilisés en France sont très majoritairement le méthylphénidate et parfois

l'atomoxétine en cas d'échec thérapeutique de plusieurs lignes bien conduites à posologie efficace.

- Indication à rédiger un certificat médical auprès de MDPH, afin de soutenir la prise en charge des rééducations ou aménagements avec une AEEH, par une aide humaine (*accompagnant d'élève en situation de handicap* (AESH)) qui intervient en milieu scolaire assistant l'enfant directement, par une aide matérielle (notamment la mise à disposition d'un outils informatique adapté ou d'un moyen de locomotion), ou une aide médico-psycho-pédagogique correspondant à une orientation vers une structure de soins ou éducative spécialisée, en dehors ou en parallèle de la scolarité ordinaire.
- Préconisation d'adapter la scolarité selon les besoins du jeune. Nous demandons à l'équipe éducative du patient d'éditer un *guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation* (GEVA-sco) qui est un document d'observation partagée et d'échange entre le service de soins et l'établissement scolaire. Il décrit concrètement les difficultés observées et suggère les mesures adéquates de compensation du handicap de l'enfant.
- Ainsi, de manière générale, le maintien de l'enfant en scolarité ordinaire est privilégié, c'est pourquoi la proposition d'aménagements scolaires est le plus souvent suggérée en première intention. Il peut s'agir d'un *projet d'accueil personnalisé* (PAP) permettant d'adapter les méthodes et outils pédagogiques au sein de la classe ; d'un projet d'accueil individualisé (PAI) permettant d'aménager l'emploi du temps et autoriser la prise d'un traitement médicamenteux dans le milieu scolaire ; ou d'un AESH. Lorsque la scolarité est trop impactée par le trouble, en cas de déscolarisation, il est aussi possible de la mettre en place à distance au *centre national d'enseignement à distance* (CNED), afin de garantir le maintien des apprentissages.
- En outre, une scolarité adaptée peut être recommandée auprès de centre médico-psycho-pédagogique lorsque les troubles sont trop importants pour garantir des acquisitions de bonne qualité. Pour ne citer que les plus fréquents, les trois structures suivantes sont sollicitées lorsque l'enfant est en situation de handicap de par ses capacités cognitives et/ou d'apprentissages évaluées objectivement inférieures au niveau attendu pour l'âge, nécessitant donc un accompagnement pédagogique renforcé : ceux sont les *unités localisées pour l'inclusion scolaire* (ULIS) en primaire, au collège et au lycée,

proposant un temps partagé de classe ordinaire et adapté ; les *sections d'enseignement général et professionnel adapté* (SEGPA) au collège dans des classes adaptées ; et les *instituts médico-éducatifs* (IME) qui sont des établissements spécialisés pour les enfants et adolescents en situation de handicap psychique et intellectuel. Le médecin peut aussi orienter le patient vers un *institut thérapeutique éducatif et pédagogique* (ITEP) qui propose un soutien éducatif renforcé, lorsque les troubles du comportement et/ou des conduites ne sont pas compatibles avec la scolarité ordinaire, malgré l'aide des travailleurs sociaux ou éducateurs spécialisés.

- Pour finir, le médecin est en capacité de proposer des mesures d'accompagnement social ou éducatif si l'évaluation retrouve des facteurs environnementaux à risque ou avérés de négligence, maltraitance ou de maintien des troubles. L'accompagnement social est proposé auprès d'une assistante sociale de secteur ou bien dans notre service si la situation est complexe ; l'accompagnement éducatif se met en place auprès du conseil départemental ou par l'intervention des services de *l'Aide Sociale à l'Enfance* (ASE) dans le but d'initier un suivi avec un éducateur spécialisé.

Ensuite, dans un intervalle libre de quelques semaines, la famille est reçue par le médecin référent, accompagné par l'infirmier qui a réalisé la première consultation. Au cours du retour d'évaluation (d'une durée de trente minutes à une heure), le médecin aborde la discussion diagnostique et thérapeutique. Il recueille à nouveau la problématique et clarifie les doutes ou incertitudes des soignants ou de la famille, puis explore le niveau de conscience et compréhension des difficultés du patient et de son entourage. Suite à cela, il rend compte du diagnostic et le reformule au cours d'une discussion d'annonce claire, loyale et adaptée. A ce moment-là, une partie de la consultation est dédiée à de la psychoéducation du TDAH (et des troubles comorbides) pour le patient et ses personnes ressources. Après s'être assuré de la bonne compréhension du diagnostic, le médecin explique le projet de soins élaboré en équipe, donnant une durée indicative des soins et la balance bénéfique/risque. L'ensemble des moyens thérapeutiques pharmacologiques ou non pharmacologiques sont présentés de manière structurée, s'appuyant sur les dernières recommandations validées et fondées sur des preuves. Le médecin est alors en mesure de recueillir le consentement des parents (et préférentiellement celui du patient bien qu'il soit mineur) concernant l'introduction du traitement et la mise en place

du suivi. Un prochain rendez-vous médical avec le médecin ou l'interne est fixé si un traitement pharmacologique est mis en place, sinon l'infirmier poursuit le suivi des soins non pharmacologiques. La famille peut évidemment bénéficier d'un délai de réflexion, dans quel cas ils recontacteront le service pour prévoir le prochain rendez-vous.

Si le diagnostic principal n'est pas un TDAH, la consultation diagnostic est maintenue mais à l'issue de celle-ci, le patient est orienté dans le parcours de soins lui étant le plus adapté au sein du service.

Etape 3 : Initiation du traitement

La prise en charge thérapeutique du patient TDAH s'appuie sur les recommandations internationales de la NICE (85) et des mises à jour de la littérature internationale comme le consensus d'experts (98)

Cette étape du parcours de soins est réalisée par le médecin référent ou l'interne pendant une consultation dédiée, de trente minutes à une heure.

Pour commencer, le traitement non pharmacologique du TDAH est proposé systématiquement. Il consiste en la participation aux groupes thérapeutiques de psychoéducation et formation comportementale au TDAH, destinés soit aux parents, soit aux patients. Les groupes parentaux sont le *groupe de type Barkley* en distanciel (le service la réalise trois fois par an) et les groupes *Incredible Years* (pour les parents de jeunes enfants) et *GCOP* en présentiel. Pour les enfants et/ou de l'adolescents nous proposons la participation aux groupes TCC ou de métacognition (*ARC, ATOLE, affirmation de soi ou autres*) selon l'âge et de la sévérité des symptômes. Le patient et sa famille sont ensuite revus pour réévaluer l'évolution des symptômes. Si une réponse adéquate est obtenue, alors le suivi est maintenu mais espacé et en partie orienté vers le dispositif libéral rééducatif. Par contre, s'il n'y a pas ou peu d'amélioration, - ou d'emblée dans les formes sévères (ayant déjà souvent eu d'autres suivis) - le traitement médicamenteux est envisagé.

Le traitement médicamenteux est proposé à partir de six ans, d'autant plus s'il existe des comorbidités ou si le retentissement du TDAH est modéré à sévère. La première phase de l'introduction du traitement est la titration qui consiste à introduire progressivement croissante du méthylphénidate par palier d'une semaine. La titration est généralement réalisée sur une

période de quatre semaines, suivie d'une consultation courte (trente minutes généralement) par le médecin prescripteur, dédiée à mesurer l'efficacité et la tolérance. La réponse thérapeutique est évaluée avec le patient et sa famille au cours d'un entretien standardisé et semi dirigé, en s'appuyant sur l'échelle ADHD-RS initiale (**Annexes : Tableau 3 et 4**) qui est à nouveau réalisée. De même l'impact du TDAH dans les sphères de vie les plus perturbées est évalué à nouveau, s'appuyant des observations des parents et/ou enseignants. Le clinicien recherche les effets secondaires du traitement, pouvant altérer la qualité de vie et l'observance. Il contrôle à chaque consultation le poids, la taille, la fréquence cardiaque et la tension artérielle du patient. Ainsi, la dose minimale efficace est recherchée, en pesant la balance bénéfique/risque de l'efficacité et de la tolérance. En cas de mauvaise tolérance, si le traitement était mieux toléré et efficace à une posologie plus basse, alors la baisse de la posologie est recommandée ; dans le cas contraire, le changement de la formulation est privilégié. En l'absence d'efficacité, le changement de formulation est préféré ; toutefois, certains praticiens optent pour l'augmentation au-dessus de 1mg/kg si le traitement est partiellement efficace et bien toléré. La réévaluation du traitement se fera alors de la même manière à quatre semaines. En fin de consultation, le médecin interroge le patient et sa famille quant à leur décision de poursuivre le médicament. Dans la situation où le traitement est efficace et bien toléré directement, alors la fin de la consultation se termine généralement par le renouvellement du traitement pharmacologique, qui sera réévalué à nouveau dans une période de trois à six mois.

Une fois que le traitement est cliniquement efficace, bien toléré et stable, le renouvellement du traitement est confié aux soins primaires par le médecin généraliste du patient, qui en sera informé par un courrier de compte-rendu de consultation rédigé par le pédopsychiatre référent, reprenant l'ensemble des investigations et la prise en charge réalisées dans le service.

Lors de cette consultation, le médecin rédige les certificats médicaux nécessaires pour la mise en place des aménagements scolaires ou la reconnaissance du handicap auprès de la MDPH.

Etape 4 : Suivi et surveillance

Pour finir, le médecin ou l'interne référent assurent le suivi médical pour poursuivre une surveillance thérapeutique continue à intervalle régulier. Quand cela le nécessite, l'infirmier référent revoit le patient et sa famille de manière plus rapprochée afin de garder un lien étroit

entre la famille, les soins et/ou les intervenants sociaux ou éducatifs. Une consultation médicale classique dans le service est organisée à la demande des parents. Dans la situation classique d'un TDAH efficacement traité, le patient sera revu de manière annuelle ou biannuelle sur une durée de trente minutes à une heure selon le clinicien.

Lors du suivi, le médecin référent s'enquiert, avec autant d'assiduité que lors de la titration, de s'assurer que le traitement est efficace sur les symptômes principaux et le retentissement du TDAH, par l'intermédiaire des questionnaires ADHD-RS (**Annexes : Tableau 3**) ou le SDQ (**Annexes : Tableau 1**) remplis par les parents et les enseignants, indiquant une cinétique d'évolution ; de même, la tolérance est investiguée. Un examen clinique cardiovasculaire et la surveillance des courbes de croissance sont réalisés. Les points clefs de la psychoéducation sont à nouveau abordés afin d'améliorer les compétences de gestion comportementale et émotionnelle du TDAH ; ou bien approfondis selon la demande du patient ou de sa famille. De ce fait, le médecin reste à disposition pour répondre à toute demande éventuelle telle que la rédaction d'un certificat médical, l'actualisation des aménagements scolaires, la réalisation de bilan ou la reconnaissance d'un handicap. Le traitement peut être amené à être adapté lors du suivi, par un changement de formulation ou une modification de la posologie, dans quels cas, une titration est à nouveau réalisée. Le patient et sa famille peuvent demander son arrêt à tout moment, faisant l'objet d'une discussion sur leur motivation afin d'envisager la meilleure alternative.

Par ailleurs, c'est aussi le moment du parcours de soins pendant lequel les diagnostics différentiels ou les troubles psychiatriques ou du neurodéveloppement sont explorés plus précisément. Le patient est alors reçu en consultation pour aborder la problématique. Ainsi, les cliniciens peuvent formuler, à n'importe quelle étape du parcours de soins (que ce soit après l'évaluation initiale ou lors du suivi), une demande d'évaluation pluridisciplinaire d'un autre parcours de soins si des symptômes atypiques sont retrouvés ou persistent. En effet, il arrive que certains symptômes soient masqués initialement par le TDAH puis se dévoilent en cours de traitement lorsque les symptômes diminuent. En pratique, le chevauchement des parcours de soins est fréquent et non restrictif bien qu'il nécessite une bonne coordination entre les différents intervenants de ces parcours.

Annexe : Tableau 5 : Cotation des questionnaires SDQ.

Cotation	Effectif quantitatif (% de la population totale)	
	SDQ parents	SDQ enseignants
Positive	256 (51.3%)	94 (18.8%)
Négative	139 (27.9%)	202 (40.5%)
Ininterprétable	5 (1%)	30 (6%)
Non réalisée	99 (19.8%)	173 (34.7%)
Total général	499 (100%)	499 (100%)

Ce tableau représente la proportion de réponse et de cotation du questionnaire SDQ.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé / Abstract :

Introduction : Le trouble déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) est le trouble du neurodéveloppement le plus fréquent chez l'enfant et l'adolescent. Malgré les preuves concernant l'efficacité de son traitement, seul une minorité d'enfants ont accès aux soins. C'est pourquoi, la mise en place d'un parcours de soins spécifique au TDAH est un enjeu de santé publique. L'objectif de cette étude est de décrire notre parcours de soins en consultation programmée dans un centre de soins secondaire et tertiaire en France avec un focus sur le TDAH.

Méthode : L'étude concerne les patients de 6 à 16 ans orientés vers notre service pour une première évaluation en 2022. Nous avons étudié les caractéristiques populationnelles, la provenance, les suivis médicaux et la prise en charge initiée dans notre service la première année.

Résultats : Les patients avec un TDAH représentent 66.9% (334) de la population totale (499). La moyenne d'âge masculine est de 9.2 ans et féminine de 10.2 ans. Les enfants avec un TDAH de 6-11 ans représentent 77.2% de la population. L'évaluation est demandée par les parents pour 31.1%, par l'école pour 30.5% et 23.1% par les soins primaires. Les infirmiers ont réalisé la première évaluation de 43.1% des patients avec un TDAH, les médecins de 35%. 36.2% des patients avec un TDAH bénéficient d'une évaluation pluridisciplinaire. Les groupes thérapeutiques parentaux spécifiques au TDAH sont proposés à 78% des familles, dont 19.4% y ont participé. Le traitement par Méthylphénidate a été introduit chez 47.6% des patients. Au total, le MPEA suit 85% des patients avec un TDAH.

Conclusion : Notre étude contribue au développement et à la mise en œuvre d'un parcours de soins du TDAH en accord avec les recommandations internationales actuelles et adapté au système de soins Français. Elle soutient l'intérêt de la mise en place d'une gradation interne dynamique, de l'intervention d'équipes pluridisciplinaires permettant une évaluation complète, un accès facilité à la psychoéducation et la proposition d'un large éventail thérapeutique.

Introduction: Attention deficit disorder with/without hyperactivity (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder in children and adolescents. Despite evidence regarding the effectiveness of its treatment, only a minority of children have access to proper care. This is why the establishment of a specific treatment path for ADHD is a public health issue. The objective of this study is to describe our treatment path in scheduled consultation, in a secondary and tertiary care center in France with a focus on ADHD.

Method: The study concerns patients aged 6 to 16, referred to our department for a first assessment in 2022. We studied the population's characteristics, origin, medical follow-ups and treatment initiated in our department in the first year.

Results: Patients with ADHD represent 66.9% (334) of the total population (499). The average age for men is 9.2 years and for women 10.2 years. ADHD children aged 6-11 represent 77.2% of the population. The assessment is requested by parents for 31.1% of cases, by schools (30.5%) and by primary care (23.1%). Nurses carried out the first assessment of 43.1% of ADHD cases and doctors for 35% of them. 36.2% of patients with ADHD benefit from a multidisciplinary assessment. Parental therapy groups specific to ADHD are offered to 78% of families, of whom 19.4% participated. Treatment with Methylphenidate was proposed to 47.6% of the patient population. In total, the MPEA tracks and follows 85% of ADHD cases.

Conclusion: Our study contributes to the development and implementation of an ADHD care pathway in accordance with current international guidelines and adapted to the French healthcare system. It supports the interest in the establishment of a dynamic internal gradation, the intervention of multidisciplinary teams allowing a complete evaluation, easy access to psychoeducation and the proposal of a wide therapeutic range.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Mots-clés / Keywords : TDAH, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescents, parcours de soins, gradation des soins, équipe pluridisciplinaire, soins primaires, soins secondaires, soins tertiaires. ADHD, healthcare pathway, stepped care, multidisciplinary teams, primary cares, secondary cares, tertiary cares.