

## NOTE DE CADRAGE Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Repérage, diagnostic et prise en charge des adultes

Validée par le Collège le 17 novembre 2021

Date de la saisine : 27 juin 2019

Demandeur : DGS/ HyperSupers – TDAH France

Service(s) : DAQSS/SBP

Personne(s) chargée(s) du projet : Christine REVEL DELHOM

## 1. Présentation et périmètre

### 1.1. Demande

Dans la continuité de la *Stratégie Nationale Autisme au sein des Troubles du Neurodéveloppement*, la HAS a été saisie sur le thème du TDAH par l'Association de patient HyperSupers-TDAH France sur la question « Quelles modalités de soins pour les personnes qui présentent un Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) de l'enfance à l'âge adulte. »

La DGS/DGOS (en partenariat avec des associations de patient dont HyperSupers-TDAH France) a appuyé cette demande par une saisine distincte sur la question : « Compléter les recommandations de premier recours de 2014 pour les enfants, avec des recommandations relatives au diagnostic et au traitement du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les enfants, les adolescents et les adultes par un médecin spécialiste. ». Cette demande vise notamment à décrire un bilan minimum validé scientifiquement pour la confirmation du diagnostic et à proposer un parcours de soins gradué en fonction de la sévérité du trouble pour les patients présentant un TDAH et les proches les accompagnant.

Cette demande sera traitée sous la forme de deux projets : une recommandation sur le *Diagnostic et prise en charge par le médecin spécialiste des enfants et adolescents* et une recommandation sur le *Repérage, diagnostic et prise en charge des adultes*.

## 1.2. Contexte

### Généralités

Le TDAH fait partie des troubles du neurodéveloppement et partage avec ces troubles un déficit ou un retard des compétences acquises au cours du développement (en particulier, concernant les apprentissages et le contrôle émotionnel).

Le TDAH adulte inclut les patients diagnostiqués TDAH durant l'enfance et dont le trouble persiste à l'âge adulte ainsi que les patients diagnostiqués pour la première fois à l'âge adulte et dont le trouble était dans la plupart des cas présent durant l'enfance mais non identifié ou bien compensé.

Comme chez l'enfant, le trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) de l'adulte, est caractérisé par l'association de symptômes d'inattention, d'hyperactivité et/ou d'impulsivité dont l'expression peut différer de celle observée chez l'enfant. Il s'associe fréquemment à d'autres troubles, tels que les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité, les troubles addictifs, les troubles du comportement liés à l'usage de substances et les troubles du sommeil.

Les conséquences (1) de ce trouble ont un impact tout au long de la vie. Son retentissement est très varié et peut constituer un réel handicap : une instabilité des trajectoires professionnelles, des accidents domestiques et de la circulation avec augmentation des taux de mortalité, des addictions précoces, une augmentation des tentatives de suicide. Certains patients adultes peuvent aussi présenter un tableau clinique atténué en développant des capacités d'adaptation et de compensation de leurs problèmes comportementaux. Ces problèmes peuvent alors s'exprimer par une nervosité mentale et physique, des troubles du sommeil, une instabilité émotionnelle ou être compensés par l'utilisation de drogues ou d'alcool.

Le TDAH est caractérisé dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association (DSM-V) et dans la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-11).

Comparé à la version précédente du DSM (DSM-IV), le DSM-V introduit les critères diagnostiques du TDAH chez l'adulte. Cependant, le DSM-V précise que le TDAH débute dans l'enfance et qu'il est important d'avoir un tableau clinique significatif avant l'âge de 12 ans.

Les données sont en faveur d'une persistance du TDAH tout au long de la vie, soit sous sa forme complète soit avec la persistance de certains symptômes. Ainsi, 15% des enfants atteints de TDAH continueraient à présenter des caractéristiques cliniques qui répondraient aux critères de diagnostic à l'âge de 25 ans, et plus de 50% continueraient à souffrir à l'âge adulte d'altérations significatives dans plusieurs domaines notamment : les apprentissages, le fonctionnement social, les conduites à risque, le maintien dans l'emploi à l'âge adulte (2-7).

En ce qui concerne le repérage chez l'adulte, plusieurs outils existent déjà telle que, par exemple, l'échelle Adult ADHD Self report Rating Scale (ASRS) validé par l'OMS ou l'échelle Wender Utah Rating Scale (WURS) validée en français. Le diagnostic comme pour l'enfant repose sur un examen clinique associé à l'utilisation d'entretiens semi structurés comme le *Conners Adult ADHD Diagnostic Interview* (CAADID) et l'*Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale* (ACDS) ou le *Diagnostic Interview for ADHD in adults 2ème édition* (DIVA 2.0) dont la mise à jour en fonction des critères du DSM V est en cours.

L'approche diagnostique a aussi pour but d'éliminer un diagnostic différentiel (par exemple schizophrénie ou troubles bipolaires) et d'évaluer le retentissement du trouble et les comorbidités associées. Une étude portant sur 26.744 patients a analysé les données sur le TDAH et les comorbidités. Les adultes avec TDAH étaient 23% à avoir une comorbidité. Les taux étaient particulièrement élevés pour un

trouble de l'humeur (22%), un trouble anxieux (34%), des abus de substances (11%) et un trouble du comportement (15%) (8).

### *Prise en charge thérapeutique*

La prise en charge du TDAH doit être la plus précoce possible, et être adaptée aux symptômes et aux comorbidités. Comme chez l'enfant, elle doit être multimodale et comprend des mesures non médicamenteuses qui incluent principalement une psychothérapie et une psycho éducation, si besoins complétés par un traitement pharmacologique.

En France, jusqu'à maintenant le méthylphénidate n'était pas indiqué en instauration de traitement du TDAH chez l'adulte. Il était uniquement possible de poursuivre ce traitement à l'âge adulte, chez les adolescents dont les symptômes persistaient à l'âge adulte et pour lesquels un bénéfice évident du traitement était observé (9).

Une extension d'indication des spécialités Ritaline LP à l'adulte a cependant été accordée le 13 avril 2021 par l'ANSM. Il est ainsi dorénavant possible de prescrire de la Ritaline LP dans le traitement du Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) chez l'adulte, pour lequel un impact fonctionnel modéré à sévère sur au moins deux composantes (professionnelle et/ou universitaire, sociale y compris familiale) est mis en évidence et lorsque la présence de symptômes du TDAH a bien été établie dans l'enfance et dans le cadre d'une prise en charge globale.

Selon un rapport publié par l'ANSM en 2013, sur les données d'utilisation et de sécurité du méthylphénidate, les données collectées ont permis de confirmer la balance bénéfice/risque positive du méthylphénidate lorsqu'il est utilisé sur la base d'un diagnostic bien établi et dans le respect des conditions d'utilisation. Cependant, en raison du profil de sécurité d'emploi du méthylphénidate, l'ANSM poursuit le suivi national de pharmacovigilance et d'addictovigilance et la sensibilisation des professionnels de santé et des patients et de leur famille sur les précautions d'emploi du méthylphénidate.

Selon un second rapport publié en 2017 par l'ANSM (10) sur le méthylphénidate et son profil de tolérance, les nouvelles données collectées n'ont globalement pas identifié de nouveau risque. Cependant, une utilisation hors-AMM pouvant favoriser la survenue d'effets indésirables graves a été constatée, notamment en initiation de traitement chez des adultes atteints de TDAH. Le patient adulte serait plus à risque de présenter un effet indésirable cardiovasculaire ou cérébro-vasculaire que l'enfant en raison de comorbidités et de l'utilisation plus fréquente de traitements associés. Ainsi ce rapport observe qu'une part importante des effets indésirables rapportés concerne l'adulte.

Un suivi régulier permet de prévenir d'éventuels effets indésirables. Ainsi, il est nécessaire de surveiller la tension artérielle, la fréquence cardiaque, la taille, le poids et toute autre sensation inhabituelle ou changement d'humeur ou de comportement. Il est également recommandé de limiter la durée de traitement en réévaluant régulièrement la nécessité de le poursuivre. Le traitement peut être interrompu au moins une fois par an pour savoir si le médicament est encore nécessaire ou s'il peut être arrêté.

La HAS a publié en 2021 un rapport d'évaluation des spécialités à base de méthylphénidate dans le but de réévaluer le service médical rendu de ces spécialités (9). Dans ce rapport figure des données actualisées transmises par l'ANSM et portant sur la période 2014-2018. Sur cette période, la répartition des administrations de méthylphénidate par tranche d'âge est la suivante : 83% âgés de moins de 20 ans, 16% âgés de 20 à 59 ans et 1% âgés de 60 ans ou plus. Ces répartitions restent stables entre 2014 et 2018.

Néanmoins, entre 2016 et 2018, l'utilisation de ce médicament en France, reste faible en comparaison à celle d'autres pays européens tels que la Suède, la Norvège, le Danemark, l'Espagne, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Concernant la population adulte, la persistance du TDAH chez les plus de 17 ans est maintenant reconnue par la communauté scientifique, et le méthylphénidate bénéficie depuis 2014 d'une autorisation de mise sur le marché chez l'adulte dans certains pays européens, notamment la Suède, l'Irlande, le Danemark, le Royaume-Uni, l'Espagne, l'Allemagne et les Pays-Bas.

## Organisation de la prise en charge

Les professionnels médicaux de premier recours sont impliqués dans le parcours de soin des personnes atteintes de TDAH. Ils peuvent repérer les symptômes et leurs différentes expressions, orienter les personnes et participer ensuite au suivi. Des recommandations ont été publiées par la HAS en 2014 pour cette prise en charge chez l'enfant et l'adolescent (11) ; il n'existe pas actuellement de recommandations pour le repérage des patients adultes.

Après le bilan initial par le médecin de premier recours, la prise en charge à définir nécessite une coordination entre le médecin spécialiste et le médecin de premier recours, une fois le diagnostic posé, afin de garantir le suivi régulier des patients ainsi qu'une coordination multidisciplinaire avec les autres professionnels prenant en charge les comorbidités (psychologue, orthophoniste, psychomotricien...).

Les patients, ainsi repérés, devraient pouvoir bénéficier, dans des délais acceptables, de l'expertise de structures pluridisciplinaires, formées à la prise en charge de ce trouble.

Mais actuellement peu de médecins sont formés pour la prise en charge de patients adultes.

## Pratiques professionnelles

La formation au TDAH des professionnels de santé est encore insuffisante, ce qui explique en partie le retard important dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge efficace du trouble.

Actuellement en France, quelques centres proposent des évaluations diagnostiques et une prise en charge pour des patients adultes TDAH. Cette offre de soins est très hétérogène sur le territoire et ne suffit pas à répondre à la demande de soin. Dans les centres ou services psychiatriques non dédiés au TDAH, le diagnostic n'est que très rarement posé, souvent du fait d'un manque de formation des professionnels.

Ce manque de ressources conduit à des délais de consultation très longs et à une forte inégalité pour l'accès aux soins.

Il est donc nécessaire de proposer des recommandations de prise en charge du TDAH destinées aux professionnels de santé amenés à assurer le repérage, le diagnostic et le suivi des adultes, afin d'améliorer la filière de soin qui a besoin d'être clarifiée, structurée et harmonisée sur tout le territoire pour permettre une égalité des chances pour chaque patient.

Etats des lieux documentaires	TITRES
TRAVAUX HAS/ANSM	HAS 2014 Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité  HAS 2021 SEM Rapport d'évaluation des spécialités à base de méthylphénidate ANSM 2017 Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France
GUIDELINES INTERNATIONAUX	2019 European Network Adult ADHD Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD

	<p>2018 NICE Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management</p> <p>2018 CADDRA Canadian ADHD Practice Guidelines</p> <p>2018 Danish Health Authority National clinical guideline for the assessment and treatment of ADHD in children and young people</p> <p>2018 INESSS Trajectoire optimale de services pour les enfants adolescents et jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées</p> <p>2018 INESSS Evaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées</p> <p>2017 Royal College of Psychiatrists in Scotland ADHD in adults: good practice guidelines</p> <p>2017 INESSS Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble TDAH chez les Québécois de 25 ans et moins</p> <p>2016 Danish Health Authority National clinical guideline for the assessment and treatment of ADHD in adults</p> <p>2014 British Association for Psychopharmacology Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder:</p>
<b>REVUES</b>	<p>2017 De Crescenzo Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review</p> <p>2017 COCHRANE REVIEW Verbeeck Bupropion for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults</p> <p>2018 COCHRANE REVIEW Castells Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults (Review)</p> <p>2018 COCHRANE REVIEW Lopez Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults</p> <p>2021 COCHRANE REVIEW Candido Immediate-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults (Review)</p>
<b>LEGISLATION</b>	<p>Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. Journal Officiel ;23 décembre 2018.</p>

## Données épidémiologiques

Le trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) a une prévalence chez l'enfant de 3 à 5% (3-5, 12), mais une grande variabilité de ce pourcentage existe en fonction des critères diagnostiques (CIM-10, DSM-5, CFTMEA...), la méthodologie des études, l'âge des patients et l'évaluateur.

Les études ont mises en évidence une différences liées au sexe pour le diagnostic du TDAH, avec des sex-ratio femmes/hommes allant de 1:5 à 1:9.

Ce décalage est moins flagrant dans les études épidémiologiques chez l'enfant où le sex-ratio est plus proche de 1:3, suggérant une sous identification du TDAH chez les filles. <sup>26</sup>

Les données issues de suivis prospectifs de ces enfants montrent une persistance symptomatique et/ou fonctionnelle à l'âge adulte dans 30 à 65% des cas (7).

Chez l'adulte, la prévalence du TDAH a été estimée entre 2.5% et 2.9% (13). Une méta-analyse de 20 études, portant sur 13 pays et sept régions/régions métropolitaines et sur plus de 26 000 participants, a estimé que 2,8 % des adultes répondent aux critères du TDAH (1, 14).

Le TDAH est fréquemment associé à d'autres troubles, compliquant ainsi à la fois son repérage, son diagnostic et sa prise en charge. La fréquence de ces troubles comorbides est estimée autour de 52 à 66 % dans des études européennes chez l'enfant (Jensen, 2015). Ainsi le TDAH est souvent associé à d'autres troubles du neurodéveloppement tels que les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles de l'acquisition de la coordination, les troubles de la communication et les troubles du spectre de l'autisme, la déficience intellectuelle, les troubles du sommeil. Le TDAH s'associe par ailleurs à de fréquents troubles psychiatriques, au premier rang desquels se trouvent le trouble des conduites, la dépression et les troubles anxieux.

### 1.3. Enjeux

#### *La méconnaissance du trouble TDAH chez l'adulte*

En France le trouble est très largement sous diagnostiqué chez l'adulte. Pour certains patients, malgré des difficultés importantes durant l'enfance (sur le plan familial, scolaire ou social) en lien avec le TDAH, le diagnostic n'a pour autant pas été évoqué. D'autres ont eu un trouble bien compensé par un niveau intellectuel supérieur ou un bon soutien familial et les conséquences du trouble ne se sont déclarées qu'à l'âge adulte en lien avec des exigences professionnelles ou familiales ou lors d'un épuisement des modes de compensation.

Le manque de formation et la méconnaissance de ce trouble chez l'adulte par les professionnels soignants participent à ce sous diagnostic et nécessitent que des mesures de formation et de sensibilisation, soient développées en particulier auprès des médecins de premier recours et ceux intervenant en addictologie ou en milieu carcéral.

#### *La formation des professionnels*

La formation au TDAH des professionnels de santé est insuffisante au cours de leur cursus initial et en formation continue. Pour alimenter cette formation, la HAS a publié des recommandations en 2014, à destination des médecins de premier recours, sur le repérage, la prise en charge initiale et le suivi des enfants et des adolescents. En complément des recommandations, figurent aussi dans ce document des informations relatives aux modalités de prise en charge par le spécialiste. Par contre, il n'existe aucune recommandation de la HAS qui concerne l'adulte.

Ce nouveau projet a pour objectif de compléter ces recommandations sur le TDAH en ciblant le patient adulte, pour le repérage, la confirmation du diagnostic et la prise en charge du TDAH par un spécialiste, en s'appuyant sur des recommandations validées scientifiquement.

Une meilleure prise en charge de ces patients passe par une amélioration de la formation des professionnels impliqués, en particulier en psychiatrie, en addictologie, en neurologie et par une formation des médecins de premiers recours au repérage de ce trouble chez l'adulte.

#### *L'accès aux soins*

La transition de la prise en charge de l'adolescence vers l'âge adulte demeure une étape difficile pour de nombreux patients TDAH, avec un risque de rupture de la prise en charge. Cette transition repose sur une coordination entre les services pédiatriques et adultes, mais en pratique elle se trouve limitée par la pénurie de services pour adultes avec TDAH et le manque d'expertise sur le TDAH des cliniciens pour adultes (8).

En effet l'accès aux soins est difficile par manque de consultations spécialisées conduisant à un délai très long (voire une absence) de diagnostic et de prise en charge thérapeutique.

En particulier, l'accès aux prises en charge non médicamenteuses reste complexe, leur accessibilité est très hétérogène sur le territoire, le nombre de places est limité ou elles ne sont pas remboursées.

En France, quelques filières fonctionnelles de soins dédiées au diagnostic et au traitement du TDAH chez l'adulte, existent déjà. Elles ne sont cependant pas suffisantes pour couvrir les besoins et leur accès est contraint par des délais d'attente conséquents.

Le diagnostic de TDAH chez l'adulte a un effet thérapeutique en soi par le soulagement qu'il procure à l'intéressé et à son entourage, effet parfois suffisant, de sorte que ce diagnostic ne doit pas conduire systématiquement à un traitement pharmacologique.

#### *La coordination des soins*

Tout comme pour l'enfant, il est nécessaire que des dispositions institutionnelles en matière de santé pour les patients TDAH soient mises en place et que la filière de soin soit définie et structurée. Aujourd'hui sur l'ensemble du territoire National, incluant les départements et territoires ultra-marins, les médecins de premier recours (Niveau 1) ne savent souvent pas à quelles équipes formées et disponibles s'adresser (Niveau 2).

Des consultations spécialisées pour l'évaluation et le diagnostic du TDAH chez les adultes, existent en France mais sont trop rares pour répondre à l'ensemble de la demande. Ces équipes spécialisées jouent un rôle essentiel dans la phase diagnostique mais aussi pour valider de façon collégiale les décisions thérapeutiques.

Par ailleurs, du fait de la fréquence des troubles associés, une coordination doit être mise en place entre le spécialiste du TDAH et les spécialistes de ces troubles (addictologie, trouble du sommeil, ..)

#### *Les risques individuels*

Les adultes TDAH ont plus de risque d'accidents, de suicides, mais aussi d'être les auteurs d'actes de violences. Il y a aussi plus de risque de conduites addictives exposant à un surrisque de désociabilisation et de précarité.

En France le TDAH est très largement sous diagnostiqué chez l'adulte et rarement chez les personnes ayant des troubles addictifs et en milieu carcéral.

#### *Le coût pour la société de la non prise en charge*

Pour la société, l'absence de diagnostic et de prise en charge entraîne un coût social très élevé : précarité, chômage, addictions, comorbidités psychiatriques aggravées, hospitalisations, , accidentologie ... Des études ont montré que la prise en charge du TDAH chez l'adulte avait un impact positif au niveau individuel mais aussi au niveau sociétal en diminuant le risque d'accidents, le risque de conduites addictives, et en favorisant un meilleur niveau de formation et d'insertion professionnelle (1, 8).

## **1.4. Cibles**

Les médecins spécialistes du trouble, ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH (Psychiatre, neurologue, ..)

Les professionnels du secteur sanitaire participant à cette prise en charge : Médecin addictologue, Médecin généraliste, Psychologue clinicien, Psychomotricien, Neuropsychologue, Pharmacien, Orthophonistes, Ergothérapeutes, ainsi que les patients et leurs familles.

## 1.5. Objectifs

- ➔ Aider le médecin de premier recours face à un patient adulte présentant des signes évocateurs d'un TDAH à :
  - Repérer un TDAH
  - Conduire une évaluation initiale et orienter le patient dans le système de soins
  - Participer au suivi de la prise en charge du TDAH en collaboration avec le médecin spécialiste du trouble,
- ➔ Aider le médecin spécialiste du trouble TDAH<sup>1</sup> face à un adulte qui lui a été adressé pour TDAH à :
  - Conduire une démarche de diagnostic du TDAH
  - Mettre en place une prise en charge du TDAH adaptée aux besoins du patient, en coordination avec les autres professionnels concernés
  - Participer au suivi et adapter la prise en charge en fonction de l'évolution du patient
  - Inscrire cette prise en charge dans une démarche collaborative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle
- ➔ Participer à la formation des professionnels concernés et à l'harmonisation des pratiques
- ➔ Optimiser le parcours du patient adulte après le repérage d'un TDAH

## 1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

### Discussion avec les experts de la thématique

Afin de préciser les éléments de cette saisine et de recueillir des arguments justifiant l'intégration de ces recommandations dans le programme de la HAS, une réunion a été organisée avec les représentants des principales parties prenantes concernées.

Les principaux éléments qui ressortent de cette concertation sont :

- Les difficultés de prise en charge observées sur le terrain liées aux disparités territoriales d'accès à une prise en charge spécialisée
- Le manque de formation des spécialistes à la prise en charge du TDAH
- L'augmentation de la demande de prise en charge pour les adultes (augmentation de 50% en 1 an)

Les experts s'accordent pour souligner le besoin de recommandations afin de diffuser la connaissance et participer à la formation des professionnels spécialistes.

Chez l'adulte, il n'existe actuellement aucune recommandation de prise en charge alors que le nombre de cas est en constante augmentation. Il y a nécessité de préciser les modalités de relais lors du passage à l'âge adulte et les modalités de repérage et de prise en charge des patients adultes *de novo*, car les praticiens sont peu ou pas formés à ce diagnostic.

---

<sup>1</sup> Médecin spécialiste du trouble, c'est-à-dire ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH. Ce peut être un médecin psychiatre, neurologue, ou neurologue.



## Questions à traiter

### Modalités de repérage

- Quelles sont les modalités d'identification, d'évaluation initiale et d'orientation du TDAH chez l'adulte ?

### Modalités de diagnostic du TDAH et des troubles associés

- Comment faire le diagnostic de TDAH chez l'adulte et identifier des troubles associés ? Sur quels éléments cliniques et paracliniques (entretien avec l'enfant, entretien avec les proches, examen physique, examen complémentaire) s'appuyer pour poser le diagnostic du TDAH et évaluer les troubles associés ? quels sont les critères diagnostiques, quels sont les diagnostics différentiels ?
- Quels outils/questionnaires et bilans spécialisés peuvent aider au diagnostic ?

### Modalités de prise en charge

- Quels sont les différents types de prise en charge pouvant être proposés au patient adulte TDAH ?
- Quelles prises en charge non médicamenteuses du TDAH peuvent être proposées ? dans quelles indications et selon quelles modalités ?
- Quelle prise en charge médicamenteuse du TDAH peut être proposée ? dans quelles indications et selon quelles modalités ?
- Quelle prise en charge proposée en fonction des troubles associés ?
- Quel suivi proposer ? quels paramètres surveiller ? comment adapter la prise en charge en fonction de l'évolution clinique ?
- Comment organiser la prise en charge d'un patient adulte TDAH ?
- Quels professionnels participent à cette prise en charge ?
- Comment mettre en place une PEC coordonnée pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle ?

## 2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

### 2.1 Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

Que ce soit pour l'enfant ou pour l'adulte, les besoins semblent bien identifiés et sont justifiées pour ces deux populations.

Cependant selon que l'on traite de l'enfant ou de l'adulte, la composition du groupe de travail sera différente, les professionnels concernés pour la population d'enfant sont différents de ceux des adultes. Bien qu'il s'agisse du même trouble les modalités de prise en charge sont différentes entre l'enfance et l'âge adulte. Traiter les deux populations dans le même document conduirait à élaborer un document très long, dont l'appropriation sera plus difficile et le délai de réalisation plus long.

Il semble plus adapté d'élaborer ces recommandations en deux étapes : un premier travail de recommandations concernant l'enfant et l'adolescent et complétant les recommandations déjà publiées en 2014.

Puis secondairement un deuxième travail dédié au TDAH dans la population adulte.

La méthode proposée est la *Méthode RPC Recommandations pour la pratique clinique*. Pour chacune des recommandations, ce travail comprendra 2 à 3 réunions du groupe de travail (GT) pour élaborer les recommandations, une relecture externe par le groupe de lecture (GL), et 1 réunion du GT pour finalisation des documents en tenant compte des commentaires issus du GL.

## 2.2 Composition qualitative des groupes

### → Groupe de Travail

- Psychiatre
- Neurologue
- Médecin généraliste
- Médecin addictologue
- Médecin spécialiste du sommeil
- Psychologue clinicien
- Neuropsychologue
- Psychomotricien/ Ergothérapeute
- Orthophoniste
- Pharmacien
- Représentant de patient

### → Groupe de Lecture

La composition qualitative du groupe de lecture reprendra celle du groupe de travail et des spécialités consultées (exerçant à l'hôpital, en libéral) en respectant une représentation de l'ensemble du territoire national.

## 2.3 Productions prévues

A destination des professionnels de santé :

- Argumentaire scientifique
- Recommandations
- Fiche de synthèse
- Fiches outils à destination des différents professionnels
- Fiche information à destination des patients

## 3 Calendrier prévisionnel de ces productions

- Date de passage en commission : 02/01/2023
- Date de validation du collège : 01/02/2023

## Annexe 1. Références bibliographiques

1. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2021;128:789-818.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
2. Young S, Adamou M, Asherson P, Coghill D, Colley B, Gudjonsson G, et al. Recommendations for the transition of patients with ADHD from child to adult healthcare services: A consensus statement from the UK adult ADHD network. *BMC Psychiatry* 2016;16:301.  
<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1013-4>
3. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):942-8.  
<http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
4. Lecendreux M, Konofal E, Faraone SV. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *J Atten Disord* 2011;15(6):516-24.  
<http://dx.doi.org/10.1177/1087054710372491>
5. 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* 2018;5(2):175-86.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
6. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006;36(2):159-65.  
<http://dx.doi.org/10.1017/s003329170500471x>
7. Weibel S, Menard O, Ionita A, Boumendjel M, Cabelguen C, Kraemer C, et al. Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *Encephale* 2020;46(1):30-40.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.005>
8. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry* 2019;56:14-34.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
9. Haute Autorité de Santé. Rapport d'évaluation des spécialités à base de méthylphénidate. Commission de la Transparence. Annexe. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/rapport\\_reevaluation\\_methylphenidate\\_avisdef\\_cteval485.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/rapport_reevaluation_methylphenidate_avisdef_cteval485.pdf)
10. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France. Saint-Denis: ANSM; 2017.  
<https://ansm.sante.fr/actualites/methylphenidate-donnees-utilisation-et-de-securite-demploi-en-france>
11. Haute Autorité de Santé. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-d-avoir-un-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-d-avoir-un-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite)
12. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol* 2014;43(2):434-42.  
<http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt261>
13. Caci HM, Morin AJ, Tran A. Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample. *J Nerv Ment Dis* 2014;202(4):324-32.  
<http://dx.doi.org/10.1097/nmd.000000000000126>
14. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* 2017;9(1):47-65.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>