

# CR – STAFF SANTE MENTALE

## MSP DES 4 CHEMINS

---

Date : 24/03/2026

Heure 12h45

Durée 1h30

---

### EN PRESENCE DE

Voir liste de présence

### RÉSUMÉ

#### 1. Questionnaire diagnostique territorial — CLSM

La coordinatrice **Sri Herath** a présenté un questionnaire de diagnostic territorial actuellement en cours au CLSM. Elle invite l'ensemble des professionnels de santé ainsi que le grand public à y répondre, dans une logique de cartographie des besoins en santé mentale sur le territoire.

#### 2. Présentation — Le TDAH chez l'adulte *Intervention du Dr V. Charlot, service psychiatrie et addictologie, Hôpital Louis Mourier*

**Diagnostic** Trouble neuro-développemental d'origine génétique (héritabilité ~75%), présent depuis l'enfance (avant 12 ans), avec trois présentations : inattentif, hyperactif/impulsif, ou mixte. Le diagnostic est avant tout clinique, souvent complexe du fait de présentations très diverses et de comorbidités fréquentes. Sous-diagnostic important chez les femmes (critères DSM construits sur des échantillons majoritairement masculins). Outils : auto-questionnaire ASRS v1.1, entretien semi-structuré DIVA-5, entretien avec l'entourage, bulletins scolaires.

**Prévalence** ~5,4% dans le monde, ~5,5% chez l'adulte en France. Le trouble est fluctuant dans le temps : moins de 10% de rémission stable à long terme.

**Comorbidités** Très fréquentes : troubles anxieux et dépressifs, addiction (alcool, cannabis, tabac), trouble borderline (co-occurrence ×19), association avec l'obésité, le diabète de type 2, la BPCO. Risque accru de démence ultérieure si non traité.

**Traitements** Médicamenteux : méthylphénidate en première intention (Ritaline, Concerta, Medikinet...), avec bilan cardiovasculaire pré-thérapeutique. Prescription initiale réservée aux spécialistes, renouvellement mensuel possible par tout médecin. Non médicamenteux : TCC, remédiation cognitive, thérapies de 3ème vague. Les traitements réduisent la mortalité, la criminalité, le risque de démence et d'addiction — sans augmenter le risque de mésusage des psychostimulants.

Les détails et plus d'informations disponible sur le support de présentation

### **3. Discussion ouverte — Cas cliniques et échanges pratiques**

#### **Cas 1 — Jeune adulte jumeau prématuré**

Présentation : Patient dont les consultations "partaient toujours dans tous les sens". Jumeau prématuré, suivi par une orthophoniste dans l'enfance qui avait évoqué un TDAH (lui sur le versant inattention, son frère sur le versant impulsivité). Jamais traité. À l'âge adulte : n'a pas terminé son école d'arbitrage, en est à deux emplois avec difficultés, fait des listes tellement longues qu'il ne sait plus ce qui est fait, perturbé par les interruptions au travail, oublie les tâches s'il ne les note pas, très volontaire mais en situation d'échec répété, difficultés de gestion financière.

Solution apportée : Un psychiatre libéral à Paris avait été identifié. La question de l'orientation vers le CMP a été soulevée compte tenu des faibles revenus du patient, sans conclusion définitive arrêtée lors de la séance.

#### **Cas 2 — Femme de 40 ans**

Présentation : Patiente initialement perçue comme "un peu déprimée", toujours débordée, venant en consultation avec ses enfants. N'a pas supporté les antidépresseurs. En consultation : toujours occupée à plusieurs choses simultanément, téléphone constamment, gère plusieurs sujets en parallèle, thèmes partant dans tous les sens. Le médecin admettait ne pas avoir pensé au diagnostic initialement.

Solution apportée : Orientation vers un psychiatre qui a posé le diagnostic de TDAH et prescrit de la Ritaline. Évolution favorable.

#### **Cas 3 — Étudiant en pharmacie**

Présentation : Jeune homme ayant triplé sa quatrième année de pharmacie sans difficulté scolaire antérieure. Hospitalisé pour schizophrénie. En amont de l'hospitalisation, tableau probablement compatible avec un TDAH très sévère.

Solution apportée : Pas de solution directe évoquée — ce cas a surtout servi d'illustration pour la discussion sur le diagnostic différentiel TDAH / entrée dans la schizophrénie, et l'importance de ne pas passer à côté d'une pathologie psychiatrique plus sévère.

#### **Approche diagnostique en pratique**

Le psychiatre expert a insisté sur le fait que le diagnostic est avant tout clinique — un bilan neuropsychologique n'est pas indispensable. Les bulletins scolaires sont un

élément majeur : des mentions répétées du type "pourrait mieux faire", "n'utilise pas ses capacités", "regarde les mouches voler" sont très évocatrices. L'entretien avec l'entourage (passé et actuel) est central : parents, fratrie, conjoint, amis. Vigilance cependant face aux patients qui arrivent "ayant appris leur leçon sur Internet", le TDAH étant actuellement "très à la mode".

### **Particularités selon les profils**

*Femmes* : beaucoup de diagnostics se font à l'âge adulte, souvent après le diagnostic de leurs enfants — les mères réalisent qu'elles présentent les mêmes symptômes. Certains moments de vie peuvent révéler le trouble : ennui professionnel, séparation d'un conjoint qui compensait.

*Personnes HPI* : diagnostic plus tardif ou absent. Contrairement aux idées reçues, il n'y a pas plus de HPI en population TDAH qu'en population générale.

*Prématurité* : mentionnée comme facteur de risque.

### **Offre de soins sur le territoire**

Frustration partagée sur le manque de ressources à Colombes : Yann Lestrade a une liste d'attente d'un an et consulte très peu ; Nicolas Mazer (centre expert schizophrénie) est également saturé ; pas de groupes d'éducation thérapeutique pour enfants sur place ; deux psychiatres formées au TDAH se sont installées en libéral hors Colombes. Une pédiatre est disponible avec un délai de 8 mois. Pour les cas de troubles neurodéveloppementaux complexes, orientation possible vers l'APITI (Hélène Vulser) avec dossier bien argumenté.

### **Traitement au long cours**

Question soulevée sur la pertinence de maintenir le traitement à la retraite.

Réponse : oui, selon les besoins — exemple donné d'un patient non traité ayant "20 bosses" sur sa voiture. Le trouble étant fluctuant, des tentatives d'arrêt sont possibles ; si l'arrêt se passe bien sans nouvelles conséquences, pas besoin de reprendre.