



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1
FACULTE DE PHARMACIE
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

2019

THESE n°76

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2019

par

Mlle VAUCHER Marie

Née le 20 juin 1995

A Vénissieux (69)

**TDH/METHYLPHENIDATE ET PHARMACIENS D'OFFICINE : QUELLES
REPRESENTATIONS ? QUELLES PRATIQUES ?**

JURY

M. Luc ZIMMER, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier

M. Hugues DESOMBRE, Docteur en Pédiopsychiatrie et Praticien Hospitalier

Mme Aline INIGO-PILLET, Docteur en Pharmacie et Praticien Officiel

M. Xavier DODE, Docteur en Pharmacie et Praticien Hospitalier

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

- | | |
|---|--------------------|
| • Président de l'Université | Frédéric FLEURY |
| • Présidence du Conseil Académique | Hamda BEN HADID |
| • Vice-Président du Conseil d'Administration | Didier REVEL |
| • Vice-Président de la Commission Recherche | Fabrice VALLEE |
| • Vice-Président de la Formation et de la Vie Universitaire | Philippe CHEVALIER |

Composantes de l'Université Claude Bernard Lyon 1

SANTE

UFR de Médecine Lyon Est	Directeur : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux	Directrice : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directrice : Dominique SEUX
Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de formation et centre de recherche en Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. Fabien DE MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : M. Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : M. Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : M. Christophe VITON
Institut des Sciences Financières et d'Assurance (ISFA)	Directeur : M. Nicolas LEBOISNE
ESPE	Directeur : M. Alain MOUGNIOTTE
Observatoire des Sciences de l'Univers	Directrice : Mme Isabelle DANIEL

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
ISPB – Faculté de Pharmacie Lyon

LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUE ET PHARMACIE GALENIQUE

- **CHIMIE ANALYTIQUE, GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**

Monsieur Raphaël TERREUX (Pr)
Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)
Madame Anne DENUZIERE (MCU)
Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (MCU-HDR)
Madame Christelle MACHON (MCU-PH)
Monsieur Waël ZEINYEYEH (MCU)

- **PHARMACIE GALENIQUE -COSMETOLOGIE**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)
Madame Stéphanie BRIANCON (Pr)
Madame Françoise FALSON (Pr)
Monsieur Hatem FESSI (Pr)
Monsieur Fabrice PIROT (PU - PH)
Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Ghania HAMDY-DEGOBERT (MCU-HDR)
Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)
Madame Giovanna LOLLO (MCU)
Madame Jacqueline RESENDE DE AZEVEDO (MCU)
Monsieur Damien SALMON (MCU-PH)

- **BIOPHYSIQUE**

Madame Laurence HEINRICH (MCU)
Monsieur David KRYZA (MCU-PH-HDR)
Madame Sophie LANCELOT (MCU - PH)
Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (Pr)
Madame Elise LEVIGOUREUX (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

- **DROIT DE LA SANTE**

Monsieur François LOCHER (PU – PH)

- Madame Valérie SIRANYAN (MCU - HDR)
- **ECONOMIE DE LA SANTE**
Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (MCU - HDR)
Madame Carole SIANI (MCU – HDR)
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU)
 - **INFORMATION ET DOCUMENTATION**
Monsieur Pascal BADOR (MCU - HDR)
 - **HYGIENE, NUTRITION, HYDROLOGIE ET ENVIRONNEMENT**
Madame Joëlle GOUDABLE (PU – PH)
 - **INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE ET DISPOSITIFS MEDICAUX**
Monsieur Gilles AULAGNER (PU – PH)
Madame Claire GAILLARD (MCU)
 - **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**
Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBault (MCU)
Monsieur Vincent GROS (MCU-PAST)
Madame Audrey JANOLY-DUMENIL (MCU-PH)
Madame Pascale PREYNAT (MCU PAST)
 - **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**
Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH-HDR)
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)
Madame Marie-Paule GUSTIN (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT

- **CHIMIE ORGANIQUE**
Monsieur Pascal NEBOIS (Pr)
Madame Nadia WALCHSHOFER (Pr)
Monsieur Zouhair BOUAZIZ (MCU - HDR)
Madame Christelle MARMINON (MCU)
Madame Sylvie RADIX (MCU -HDR)
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU - HDR)
- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**
Monsieur Marc LEBORGNE (Pr)
Monsieur Thierry LOMBERGET (Pr)
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU - HDR)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)

- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**

Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (Pr)
Madame Anne-Emmanuelle HAY DE BETTIGNIES (MCU)
Madame Isabelle KERZAON (MCU)
Monsieur Serge MICHALET (MCU)

- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**

Madame Roselyne BOULIEU (PU – PH)
Madame Catherine RIOUFOL (PU- PH)
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU - PH)
Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (MCU-PH)
Madame Céline PRUNET-SPANO (MCU)
Madame Florence RANCHON (MCU-PH)
Monsieur Teddy NOVAIS (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**

Monsieur Jérôme GUITTON (PU – PH)
Madame Léa PAYEN (PU-PH)
Monsieur Bruno FOUILLET (MCU)
Monsieur Sylvain GOUTELLE (MCU-PH-HDR)

- **PHYSIOLOGIE**

Monsieur Christian BARRES (Pr)
Madame Kiao Ling LIU (MCU)
Monsieur Ming LO (MCU - HDR)

- **PHARMACOLOGIE**

Monsieur Michel TOD (PU – PH)
Monsieur Luc ZIMMER (PU – PH)
Monsieur Roger BESANCON (MCU)
Monsieur Laurent BOURGUIGNON (MCU-PH)
Madame Evelyne CHANUT (MCU)
Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)
Madame Dominique MARCEL CHATELAIN (MCU-HDR)

- **COMMUNICATION**

Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)

- **ENSEIGNANTS ASSOCIES TEMPORAIRES**

Monsieur Olivier CATALA (Pr-PAST)

Madame Mélanie THUDEROZ (MCU-PAST)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**

Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)

Monsieur Sébastien VIEL (MCU-PH)

Madame Morgane GOSSEZ (AHU)

- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**

Madame Christine VINCIGUERRA (PU - PH)

Madame Brigitte DURAND (MCU - PH)

Madame Sarah HUET (AHU)

Monsieur Yohann JOURDY (AHU)

- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE
AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**

Monsieur Patrick BOIRON (Pr)

Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH-HDR)

Madame Florence MORFIN (PU – PH)

Monsieur Didier BLAHA (MCU)

Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)

Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH)

Madame Emilie FROBERT (MCU - PH)

Madame Véronica RODRIGUEZ-NAVA (MCU-HDR)

- **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE**

Monsieur Philippe LAWTON (Pr)

Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)

Madame Samira AZZOUZ-MAACHE (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES B

- **BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE - BIOTECHNOLOGIE**

Madame Pascale COHEN (Pr)

Madame Caroline MOYRET-LALLE (Pr)

Monsieur Alain PUISIEUX (PU - PH)

Madame Emilie BLOND (MCU-PH)

Monsieur Karim CHIKH (MCU - PH)

Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU - PH-HDR)

Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU)
Monsieur Hubert LINCET (MCU-HDR)
Monsieur Olivier MEURETTE (MCU)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)
Monsieur Anthony FOURIER (AHU)

- **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Bénédicte COUPAT-GOUTALAND (MCU)
Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU - HDR)

- **INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)
Monsieur Philippe LAWTON (Pr)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
Madame Alexandra MONTEMBault (MCU)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Marie-Françoise KLUCKER (MCU-PAST)
Madame Valérie VOIRON (MCU-PAST)

- **Assistants hospitalo-universitaires sur plusieurs départements pédagogiques (AHU)**

Monsieur Alexandre JANIN

- **Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)**

Madame Camille ROZIER

Pr : Professeur

PU-PH : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

MCU : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

HDR : Habilitation à Diriger des Recherches

AHU : Assistant Hospitalier Universitaire

PAST : Personnel Associé Temps Partiel

La rédaction de cette thèse fut passionnante mais intense,

A MON DIRECTEUR DE THESE,

**M. DESOMBRE Hugues,
Docteur en pédopsychiatrie,**

Merci de m'avoir confié ce sujet ambitieux mais très intéressant ; qui nous a demandé beaucoup de temps et d'analyse critique. Votre aide et vos conseils tout au long de la rédaction de cette thèse furent essentiels.

A MON PRESIDENT DE THESE,

**M. ZIMMER Luc,
Professeur des Universités et praticien hospitalier,**

Votre disponibilité, votre rapidité de réponses m'ont permis d'avancer convenablement mon travail ; et vos conseils auront été d'une aide très précieuse pour la réalisation finale de ma thèse et de ma soutenance.

A mon jury et professeur,

**Mme INIGO-PILLET Aline,
Docteur en pharmacie et praticien officinal**

Votre investissement pour mon travail fut immense et votre aide considérable. J'ai d'autant plus apprécié votre disponibilité et votre esprit critique, qui m'auront permis d'avancer aisément cette thèse. Vous avez également permis une préparation optimale de ma soutenance.

A mon jury,

**M. DODE Xavier,
Docteur en pharmacie et praticien hospitalier,**

Merci pour le temps consacré dès les débuts de ma thèse ; facilitant surtout la réalisation du questionnaire et l'envoi de celui-ci.

Merci également à **Karine LHUILLIER**, pour son accompagnement dans l'envoi de mon questionnaire et les corrections apportées à mon travail.

A mes parents,

Merci pour tout. Votre amour, votre présence, votre confiance, votre soutien, vos encouragements, votre générosité, votre réconfort, votre disponibilité, votre force... ; vous avez largement contribué au pharmacien que je suis devenue aujourd'hui.

A ma petite sœur et mon grand frère,

Merci pour ces moments de complicités, de rigolades, et de détente que vous me faites vivre. Vous m'avez encouragée, supportée, protégée et soutenue pendant toutes ces années. Votre présence à mes côtés est vitale depuis que nous sommes nés. Fratrie un jour, fratrie toujours.

A Rémy,

Tu m'as (beaucoup) supportée et encouragée depuis le début de ces études ; et tu as toujours été là pour me réconforter. Merci de me donner tant d'amour depuis ces années.

A Georgette et Dominique,

Merci de m'avoir soutenue et encouragée depuis ma naissance, et d'avoir été présents à chaque étape de ma vie. Vous avez largement contribué à la personne que je suis devenue aujourd'hui.

A Papy, parti trop tôt,

Merci de ta présence depuis toujours et à jamais.

Au reste de ma famille et à ma belle-famille,

Merci de votre soutien, de près ou de loin pendant toutes mes études.

A Carol et toute l'équipe de la pharmacie de l'Ozon,

Merci d'avoir encadrer la petite étudiante que j'étais à mes débuts, et d'avoir permis mon évolution professionnelle au cours de ces trois années à vos côtés. Votre patience et votre participation à ma formation m'ont fait davantage progresser.

A toutes mes copines, et peu importe notre lieu et date de rencontre,

Ces six années d'étude furent longues et fastidieuses ; merci de m'avoir accompagnée, encouragée, soutenue et dissipée pendant toutes mes études.

Et merci à tous ceux qui auront contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cette thèse.

TABLE DES MATIERES

Liste des figures	15
Liste des annexes	18
Liste des abréviations.....	19
 Introduction	 21
 <u>CHAPITRE 1 : VUE D'ENSEMBLE SUR LE TDAH ET LE</u>	
<u>METHYLPHENIDATE ; POURQUOI FONT-ILS POLEMIQUE ? ...</u>	
I. Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).....	24
1. Définition	24
2. L'histoire de cette maladie	25
3. Etiologies proposées au TDAH	28
4. Epidémiologie	31
5. Diagnostic du TDAH	33
DSM-V	35
CIM-10	36
CFTMEA	37
6. Signes cliniques du TDAH.....	39
7. La prise en charge non médicamenteuse du TDAH.....	45
8. TDAH : sujet de controverses et de contestations	51
II. Le méthylphénidate.....	57
1. Présentation	58
2. Réglementation	63
3. Statistique d'utilisation.....	64
4. Effets indésirables, contre-indications, interactions et mises en garde	67
5. Le méthylphénidate : sujet de controverses, de contestations et de craintes.....	72

CHAPITRE 2 : REALISATION ET ANALYSE DU

QUESTIONNAIRE	76
I. Problématique de l'étude	77
II. Objectifs de l'étude	78
III. Matériels et méthodes.....	79
1. Elaboration du questionnaire	79
2. Envoi du questionnaire	80
3. Echantillon	81
4. Réponses et méthode d'analyse des données	82
IV. Présentation et discussion des résultats	85
1. Statuts des répondants.....	87
2. Partie concernant le méthylphénidate	90
3. Partie concernant le TDAH	110
4. Demande de formations.....	119
Conclusion	124
 Bibliographie.....	 128
ANNEXES	133

Liste des figures

Figure 1 – Prévalence du TDAH dans certains pays, d’après la HAS.....	32
Figure 2 – Tableau comparatif des trois outils diagnostic du TDAH.....	38
Figure 2 – Les recommandations du Vidal pour le TDAH(20)	47
Figure 3 - Evolution des résultats Google au cours des années pour le mot-clé « TDAH »	51
Figure 4 - Formule chimique du méthylphénidate (26).....	57
Figure 5 – Spécialités de MPH et générique	60
Figure 6 – Equivalences de dosage de méthylphénidate entre spécialités antérieures et générique/Concerta® et entre les formes immédiates et prolongées de Ritaline®	62
Figure 7 – Extrait n°1 du document de l’ANSM	65
Figure 8 – Extrait n°2 du document de l’ANSM	66
Figure 9 – Extrait n°3 du document de l’ANSM	66
Figure 10 – Extrait n°4 du document de l’ANSM sur le MPH	67
Figure 11 – Toxicités du MPH	71
Figure 12 : Récapitulatif des données de l’enquête	82
Figure 13 – Une partie des réponses extraites de Google Forms	83
Figure 14 – Une partie des réponses extraites de Google Forms et triées par département	83
Figure 15 – Sexes des pharmaciens ayant répondu	87
Figure 16 – Localisation de l’officine des répondants.....	88
Figure 17 – Taux de réponse en fonction des localisations géographiques des pharmaciens	88
Figure 18 – Carte représentant le taux de réponse selon les départements	89
Figure 19 – Statut des répondants au sein de leur officine	89
Figure 20 – Diversité des années d’expériences des répondants.....	90

Figure 21 – Taux de connaissances sur le méthylphénidate.....	91
Figure 22 – Etat des lieux des connaissances sur le MPH en fonction des départements d'exercice	92
Figure 23 – Etat des lieux des connaissances sur le MPH en fonction des années d'expérience	93
Figure 24 – Nombre de dispensation de MPH par mois	94
Figure 25 – Taux de dispensation de MPH en fonction du département d'exercice	95
Figure 26 – Taux de dispensation de MPH en fonction du département d'exercice	96
Figure 27 – Taux de difficultés rencontrées par les officinaux.....	99
Figure 28 – Degré de difficulté lors des dispensations en fonction des années d'expérience professionnelles	100
Figure 29 – Causes potentielles de leurs difficultés	101
Figure 30 – Tableau reprenant les causes potentielles de leurs difficultés.....	102
Figure 31 – Comparaison des connaissances sur le MPH en fonction du sexe des répondants.....	103
Figure 32 – Comparaison des connaissances sur le MPH en fonction de la zone d'exercice	104
Figure 33 – Analyse des représentations possibles sur le méthylphénidate.....	105
Figure 34 –Analyse des représentations des officinaux sur le méthylphénidate	106
Figure 35 – Degré d'influence des pharmaciens par leurs représentations	107
Figure 36 – Degré d'influence des représentations en fonction des années d'expérience professionnelles	107
Figure 37 – Comparaison du degré d'influence des représentations en fonction du sexe des répondants	108
Figure 38 – Degré de réticence à la dispensation du MPH.....	108
Figure 39 – Degré d'influence des représentations sur la réticence de la dispensation du MPH en fonction des années d'expérience	109

Figure 40 – Connaissances sur le TDAH.....	110
Figure 41 – Capacités d’explication sur le TDAH	111
Figure 42 – Etat des lieux des connaissances sur le TDAH en fonction des départements d’exercice	112
Figure 43 – Etat des lieux des compétences d’explication du TDAH et du MPH en fonction des départements d’exercice	112
Figure 44 – Comparaison des connaissances sur le TDAH en fonction de la zone géographique	113
Figure 45 – Comparaison des compétences sur le TDAH en fonction de la zone géographique.....	113
Figure 46 – Etat des lieux des connaissances sur le TDAH en fonction des années d’expérience.....	114
Figure 47 - Comparaison des connaissances sur le TDAH en fonction du sexe des répondants	114
Figure 48 - Comparaison des compétences d’explication sur le TDAH en fonction du sexe des répondants	115
Figure 49 – Analyse des représentations possibles sur le TDAH.....	116
Figure 50 -Tableau de l’analyse des représentations sur le TDAH	117
Figure 51 – Taux de demandes de formations par les officinaux.....	120
Figure 52 – Formes des formations souhaitées	120
Figure 53 – Intérêt des pharmaciens d’officine pour un apport d’informations médicales précédant la venue des patients	121

Liste des annexes

Annexe 1 - Critères de diagnostic du TDAH par le DSM-V (français) (3,7,14)	133
Annexe 2 - Critères de diagnostic du TDAH par le DSM-V (anglais) (17) .	137
Annexe 3 - Les degrés de sévérité du TDAH selon le DSM-V (français) (3,14)	139
Annexe 4 - Les degrés de sévérité du TDAH selon le DSM-V (anglais) (17)	139
Annexe 5 - Accéder au TDAH dans la CIM-10 (18)	140
Annexe 6 - Accéder au TDAH dans la CIM-10 (18)	140
Annexe 7 - Accéder au TDAH dans la CFTMEA (19).....	141
Annexe 8 - Distinction entre le système nerveux orthosympathique et parasymphathique (28)	142
Annexe 9 - Questionnaire	143
Annexe 10 -Fiche de ANSM « Vous et le traitement du TDAH par méthylphenidate »	148

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de Santé

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

CESPHARM : Comité d'Education Sanitaire et Social de la Pharmacie Française

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CIM : Classification Internationale des Maladies (de l'Organisation Mondiale de la Santé)

DSM : *Diagnostic and Statistic Manual of mental troubles* - Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

GHE : Groupement Hospitalier Est

HAS : Haute Autorité de Santé

IMAO : Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

ITD : Imagerie Tensionnelle de Diffusion

LM : Libération Modifiée

LP : Libération Prolongée

MPH : **Méthylphénidate**

OICS : Organe international de contrôle des stupéfiants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIFAM : Programmes d'Intervention sur les Fonctions Attentionnelles et Métacognitives

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TDAH : **Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité**

TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation

Introduction

« Arrêtez avec cette nouvelle excuse : mon enfant est hyperactif. Il est juste chiant et mal élevé » (1). C'est l'une des premières phrases que nous trouvons sur internet lorsque que le mot « hyperactif » est saisi dans la barre de recherche. Cependant, cette pensée n'est pas rare dans notre société actuelle. Le TDAH, ou Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, est une pathologie établie par le corps médical, mais qui fait encore débat. Pourtant, ce syndrome réel mérite d'être reconnu afin de garantir une meilleure qualité de vie pour les patients qui en souffrent. Cette dernière peut être obtenue par une prise en charge adaptée et médicale, bien qu'elle puisse être aussi médicamenteuse. Pour cela, le seul médicament autorisé et utilisable dans ce contexte est le méthylphénidate (MPH). Ce traitement, de par son statut de dérivé amphétaminique et ses effets thérapeutiques, est également la cible de polémiques. En tant que pharmaciens d'officine, notre rôle est de participer aux prises en charge des patients, de les optimiser et d'en vérifier la pertinence. Concernant le TDAH et le MPH, les pharmaciens officinaux reçoivent très peu de formation théorique pendant leurs années d'étude. Face à ce manque d'informations, leurs points de vue personnels et leurs représentations peuvent être fondés sur des éléments restant accessibles à tout public, vrais ou faux, comme ce que nous trouvons sur internet par exemple. Dans ce cas, nous pouvons comprendre l'apparition d'avis mitigés sur le TDAH ; oscillant ainsi entre réelle pathologie et totale invention. Cependant, et a contrario de certains retours patients, ces avis personnels ne devraient pas influencer les méthodes de dispensation des pharmaciens, soumis au respect des pratiques médicales et de l'accès aux soins. En ce qui concerne le TDAH, le MPH, et les polémiques actuelles, pourrions-nous penser que les représentations des pharmaciens officinaux auraient une influence sur leurs pratiques quotidiennes ?

Dans un premier temps, je reviendrai sur les aspects théoriques concernant le TDAH et le MPH. Dans une première partie, je me concentrerai uniquement sur le TDAH, en le définissant et en expliquant sa présentation, sa symptomatologie, ses conséquences, sa méthode de diagnostic, et ses différentes techniques de prise en charge. Je finirai cette partie avec une présentation des débats auxquels le TDAH est confronté. Ensuite, dans une deuxième partie, je me focaliserai uniquement sur le MPH. J'expliquerai alors les particularités du traitement, et je finirai également en exposant les polémiques dont le MPH est la cible. Dans un second temps, j'exposerai l'étude que j'ai réalisée. Cette étude visait à étudier le lien entre les représentations des officinaux et l'influence de celles-ci sur leur exercice. Je développerai alors les objectifs, l'élaboration et les résultats de celle-ci. Enfin, et après discussion de ces résultats, je conclurai sur les représentations des pharmaciens et leurs pratiques, influencées ou non par leurs points de vue personnels.

**CHAPITRE 1 : Vue
d'ensemble sur le
TDAH et le
méthylphénidate ;
pourquoi font-ils
polémique ?**

I. Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

LE TDAH*

* Le Trouble du Déficit de l'Attention
avec ou sans Hyperactivité

(par Lynda Corazza)

c'est quoi ?

(2)

« C'est un syndrome composite associant difficultés d'attention, hyperactivité et impulsivité. Les symptômes apparaissent dans l'enfance et ils évoluent avec l'âge, jusqu'à l'âge adulte. Leur retentissement peut être sévère, justifiant un diagnostic et des soins appropriés » (3)

1. Définition

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, plus communément appelé TDAH, est une perturbation du comportement qui apparaît pendant l'enfance. Il est classé dans les troubles hyperkinétiques par l'OMS et se caractérise par trois symptômes majeurs : l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité (3-9). Il représente un véritable enjeu de santé publique aujourd'hui car il est fréquemment associé à d'autres troubles - troubles du langage, troubles instrumentaux, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, anxiété, agressivité, dépression, bipolarité, suicide, etc. -. Il peut également amener à d'importantes complications : troubles du développement, difficultés scolaires et/ou sociales. Lorsque ces troubles représentent un

véritable handicap pour l'enfant, il est nécessaire d'organiser une prise en charge, adaptée à chaque situation. Heureusement, le TDAH évolue avec l'âge, et les symptômes ont plutôt tendance à diminuer ; sauf dans certains cas spéciaux où, même à l'âge adulte, le patient souffre encore de TDAH. (3,4,7) Une étude a d'ailleurs conclu que les symptômes persistaient à l'âge adulte dans un tiers des cas.(10)

2. L'histoire de cette maladie

Ce syndrome est décrit depuis des centaines d'années ; ce n'est pas une récente découverte. Aussi bien par la littérature que par des personnages ayant existés, ce trouble a été présenté et dépeint de nombreuses façons, avant d'être étudié dans le monde entier par des professionnels aux spécialités variées : psychanalystes, psychologues, médecins neurologues, médecins psychiatres, médecins pédiatres ou médecins pédopsychiatres.

La définition de ce trouble, ainsi que son étiologie, ont fait l'objet de nombreux écrits, études ou recherches afin d'aboutir à sa description d'aujourd'hui.

Les premières représentations du TDAH ont été retrouvées dans la littérature datant du IV^{ème} siècle après JC, notamment par l'auteur Théophraste dans son ouvrage « Les Caractères ». Après avoir observé les hommes au quotidien, il les a décrits à travers différents personnages : « L'Etourdi » dont les principales particularités sont les rêveries, les oublis et les contretemps ; « Le Phraseur » et « La Gazette » dont les principales caractéristiques sont l'impulsivité et la distraction. Ces spécificités, pouvant paraître classiques, se dévoilent pourtant comme pathologiques dans son œuvre. (3)

Des années plus tard, apparaissent, dans trois œuvres différentes, trois personnages présentant les distinctions propres du TDAH : Lélie, décrite par Molière dans son ouvrage « L'Etourdi et les contretemps » ; Ménalque dans l'ouvrage « Caractères » de la Bruyère ; et enfin Léandre dans « Le Distract » de Régnard. (3)

Mais la description du TDAH ne s'arrête pas uniquement à la littérature. Des cas semblables ont été rapportés entre le XVIème et XIXème siècle, à travers Albert de Wallenstein (1583-1634) et Charles-Joseph Prince de Ligne (1735-1814). Tous deux possédaient une énergie physique débordante et infinie, « incapable de tenir en place ». Albert, dans son enfance, avait présenté une impulsivité et une agressivité extrême qui provoquait chez lui rébellion et violence. Il contestait l'autorité et, sans cesse distract, l'ennui était vite de la partie. Quant à Charles-Joseph, il s'est montré terriblement turbulent pendant son enfance, qui a été semée de bagarres, d'accidents, de mensonges, de vols, « Il polissonne toute la journée, faisant un terrible bruit ». Pourtant, sa facilité d'apprentissage littéraire était sidérante : « J'apprenais cent vers en une demi-heure », sans doute expliquée par sa passion pour la littérature. Les étourderies, la distraction et l'agitation auront bercé sa vie. A travers ces deux hommes, nous pouvons apercevoir les particularités du TDAH : l'inattention, l'impulsivité, ou encore l'hyperactivité, face auxquelles ils auront été confrontés tout au long de leur vie. (3)

C'est à la fin du XVIIIème siècle qu'est apparue une première définition scientifique du TDAH. En 1775, c'est Melchior Adam Weikard (Allemagne) qui observe les symptômes d'inattention et d'impulsivité chez certains enfants (3). En 1798, c'est Crichton (Angleterre) qui décrit les « altérations morbides de l'attention » s'améliorant avec l'âge.(3,5) De 1890 à 1915, les professionnels se sont succédés – William James (Etats-Unis), Désiré-Magloire Bourneville (France), Théodule Ribot (France), Emil Kraepelin (Allemagne), Dupré (France), Jean Philippe et

Georges Paul-Boncour (France) – pour dépeindre ces enfants hyperactifs : inattention, hyperactivité, instabilité psychomotrice, arriération mentale, retard intellectuel. Etonnement, Jean Philippe et Georges Paul-Boncour ont dressé un ensemble de critères dans « L'écolier instable » en 1905 (3,5-7,11) et il s'avère, 75 ans après, que ces mêmes critères ont presque tous été utilisés dans le DSM III, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* publié en 1980 et proposant un diagnostic du TDAH. C'est en 1957 que l'auteur Eisenberg, pose un nom sur ce trouble : l'hyperkinésie ; nom qui sera par la suite utilisé pendant des années en Europe (5). D'ailleurs, l'hyperkinésie infantile apparaît pour la première fois dans le DSM en 1968 (DSM II), avant qu'on ne se rende compte que ce trouble pouvait persister à l'adolescence et à l'âge adulte. Après les années 90, les auteurs Brown et Barkley ont établi de nouvelles précisions concernant le TDAH : le premier considère que le TDAH ne se manifeste pas uniquement par des symptômes comportementaux, mais aussi par des symptômes moteurs. Notamment l'incapacité à adapter son activité motrice, ce qui aurait des répercussions à « l'initiation et au maintien de stratégies adaptées, la planification d'habiletés comportementales motrices, l'apprentissage et la mise en pratique de règles définies, les raisonnements abstraits, les résolutions de problèmes et la capacité à soutenir l'attention et la concentration ». Pour le second, le TDAH est également lié à des difficultés spatio-temporelles (3,5,6,11).

De nos jours, le TDAH a ainsi été défini selon un certain nombre de symptômes : c'est un trouble connu aujourd'hui, aussi bien par les professionnels de santé que par le grand public. Le mot-clé « hyperactivité » sur Google offre plus d'un million de résultats contre plus de sept millions pour le mot-clé « TDAH ».

3. Etiologies proposées au TDAH

Pareillement, la recherche de l'étiologie du TDAH a beaucoup évolué au cours du XXème siècle. Le TDAH, que nous pouvons qualifier de maladie mentale, fait partie des pathologies dont l'étiologie est complexe. En effet, il n'existe pas de marqueurs biologiques caractéristiques aux troubles mentaux, et le diagnostic repose uniquement sur la clinique du patient. Certaines maladies mentales peuvent être raccordées à un événement neuronal ou cérébral ; alors que d'autres restent sans explication.

Concernant le TDAH, plusieurs hypothèses se sont succédées jusqu'à aujourd'hui. C'est Georges Still (Angleterre) en 1902 qui propose une première étiologie après de nombreuses observations : le traumatisme crânien. Il est vrai qu'à l'époque, les experts expliquaient les troubles mentaux par des anomalies cérébrales : des lésions ou des malformations. G. Still a ainsi voulu mettre en évidence que les lésions cérébrales causées par ce traumatisme était à l'origine du TDAH. Mais ses observations n'ont pas conduit à un résultat satisfaisant : il a seulement conclu qu'il existait une corrélation entre l'aspect cérébral – de la partie frontale et préfrontale du cortex plus particulièrement – et les symptômes du TDAH, mais qu'aucune modification spécifique ne pouvait être la cause propre du TDAH. Autrement dit, la morphologie cérébrale ne pouvait pas expliquer entièrement ce trouble.(3,5,7) En parallèle de l'hypothèse de G. Still, d'autres experts se sont concentrés sur le rapport entre les modifications cérébrales et le TDAH. Certains évoquaient des modifications causées par des encéphalopathies, d'autres décrivaient des « lésions cérébrales mineures » (*minimal brain damage*). Mais ces hypothèses ont conduit au même constat : rien ne pouvait expliquer le TDAH dans sa globalité.(5)

Ensuite, les experts se sont questionnés sur l'existence d'une origine non plus lésionnelle mais fonctionnelle, en étudiant l'activité cérébrale d'un certain nombre d'enfants. L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) permet d'apprécier l'activité cérébrale d'un sujet en temps réel, que le sujet soit au repos ou actif. Ces études ont démontré une hypo-activation des zones cérébrales responsables des fonctions exécutives (attention, mémoire, inhibition et autorégulation, planification, flexibilité mentale, reconstitution) mais aussi une hyper-activation des zones cérébrales responsables des activités cognitives (mémoire, phasie, praxie, gnosie) et des activités motrices. Ces études ont également permis aux chercheurs de faire ce parallèle entre les activités cérébrales des enfants et des adultes atteints de TDAH, puisque leurs symptômes diffèrent avec l'âge.(3,5,11,12)

A partir des années 90, la théorie neurocognitive a été avancée, et plus particulièrement par trois experts. Sonuga-Barke décrit « l'aversion au délai de renforcement », principe par lequel un enfant atteint de TDAH préfère l'immédiateté d'une action, plutôt que d'attendre un certain délai. Cette théorie s'explique particulièrement par leur impulsivité. Il dépeint cette fuite de délai par le processus motivationnel auquel l'enfant ne peut résister.(3) En 1997, Barkley explique sa théorie selon laquelle l'affection des fonctions exécutives (autorégulation, mémoire de travail, langage intérieur) et d'inhibition serait la cause de la dysfonction attentionnelle.(3,5-7,11) Enfin, après les années 2000, le modèle du double-circuit (*dual pathway*) - défini par Sonuga-Barke, Castellanos ou T. Sagvolden - met en lien les deux hypothèses vues précédemment. En d'autres termes, l'impulsivité serait la résultante d'une absence de délai et d'un défaut d'inhibition. Selon eux, des anomalies du système dopaminergique et noradrénergique expliqueraient ces deux théories. Les fonctions précédentes sont étroitement reliées à des branches cérébrales faisant intervenir la dopamine, et donc également le système de récompense. Ce système,

quand il est activé, provoque un état de bien-être immédiat qui conduit presque toujours à la répétition du geste impliqué. A travers ce modèle, l'impossibilité de renoncer à ce système de récompense pourrait expliquer les symptômes du TDAH, surtout leur impulsivité. C'est pourquoi le système de délai, ainsi lié au système de récompense, est compliqué à prendre en charge (3,12,13).

Par la suite, des origines potentiellement génétiques ont été recherchées. Les études réalisées n'ont pas réussi à trouver un(des) gène(s) candidat(s) responsable(s) du TDAH mais ont montré uniquement une susceptibilité génétique ; concluant que ce syndrome était dû à une association d'anomalies génétiques, qui pouvait varier d'un patient à l'autre.(3-5,11)

Enfin, des facteurs environnementaux ont été examinés, allant de la grossesse (souffrance fœtale) à la vie quotidienne de l'enfant atteint. Les experts ont analysé les liens qui pouvaient exister entre le TDAH et la périnatalité ; l'exposition aux substances toxiques durant la grossesse ou après l'accouchement (tabac, alcool, substances psychoactives, médicaments, pesticides, plomb, mercure, manganèse) ; l'atopie ; l'alimentation (riche en graisse saturée et sucre) ; les allergènes (colorants, benzoate de sodium) ; les jeux vidéo et les écrans ; les carences en zinc, fer ou magnésium ; ou encore le climat familial et social. Ce dernier point concernait en particulier les mauvaises conditions de vie, les carences affectives, la maltraitance, les violences, la délinquance, les disputes ou séparations des parents, le nombre d'enfants, les pathologies psychiatriques et psychologiques des parents, etc. Il en est ressorti que les facteurs environnementaux pourraient jouer un rôle important dans l'éducation et les comportements des enfants, et qu'ils pouvaient être déclencheurs de syndromes psychiatriques tel que le TDAH. (3-5)

Aujourd'hui, l'étiologie du TDAH reste toujours incertaine et floue, car ce trouble, nous l'avons vu, ne s'avère pas lié à une pathologie neurologique sous-jacente. Il semblerait que ce syndrome ne soit pas causé par un seul type d'anomalie mais par un ensemble et une accumulation de facteurs, qu'ils soient lésionnels, fonctionnels, génétiques ou environnementaux ; et qui diffèrent d'un enfant à l'autre.

4. Epidémiologie

La prévalence du TDAH évolue actuellement entre 3 et 6 % dans les pays européens, et est estimée à 5,29% dans le monde (2007). En France, elle a été évaluée entre 3,5% et 5,6% chez l'enfant, et à 2,99% chez l'adulte.(3-7,11,12,14) Parmi ceux-ci, 36,5% seraient actuellement traités par méthylphénidate, le psychostimulant de référence. (8)

Par ailleurs, ce trouble est à l'origine de 5% à 15% des consultations en pédopsychiatrie, ce qui en fait la pathologie la plus étudiée chez les enfants. L'incidence, quant à elle, s'élève à 0,44%. (3,5)

Il est intéressant de réaliser le parallèle entre la France et les Etats-Unis : la prévalence aux Etats-Unis est de 11% chez les 4-17 ans, 20% chez les adolescents, et 3,4% chez les adultes (18-44 ans). 6% de ces enfants et 10% de ces adolescents seraient traités par le méthylphénidate et certaines estimations affirment que 75% de ces patients diagnostiqués seraient traités par le méthylphénidate. (3,12) D'autre part, il a été décrit que la prévalence du TDAH au Québec a été multipliée par deux en dix ans, passant de 46 742 personnes atteintes en 2011 à 82 648 en 2016 ; ainsi que la prescription de son traitement, passant de 393 884 ordonnances en 2011 à 834 370 en 2016. Et c'est à la fois les enfants et les adultes qui ont été touchés par ce phénomène.(16) Le parallèle peut également être fait avec d'autres pays,

comme nous pouvons le voir sur la figure 1 ci-dessous, extraite des recommandations de la HAS.(6)

Pays	Prévalence (%)		
USA	7% à 10%		
	Chez les enfants		
USA	4,4%		
	Chez les adultes		
Europe	3% à 5%		
Finlande	6.6%		
Allemagne	10,9%		
Pays	Prévalence (%)		
Royaume-Uni	CIM10 / DSM V 1% à 2%, 3 à 9%		
Italie	3,9%		

Figure 1 - Prévalence du TDAH dans certains pays, d'après la HAS

Nous pouvons également faire la distinction de cette prévalence en fonction des sexes : il y aurait actuellement quatre garçons atteints pour une fille, ce qui représente une différence importante.(6) Cependant, certains professionnels discutent de ces différences. Pour Patricia Quinn, pédiatre spécialisée en TDAH et le docteur Kathleen G. Nadeau, le TDAH est largement sous-estimé chez les filles car elles présenteraient des symptômes beaucoup moins marqués et moins dérangeants. En effet, elles se montreraient plus rêveuses, anxieuses, inattentives, avec un manque d'encadrement. Elles seraient moins opposantes et hyperactives que les garçons mais beaucoup plus sujettes au rejet social. Dans leur ouvrage, ces deux médecins décrivent quatre sous-types de « filles TDAH » (6) : le type « garçon manqué », le type « rêveuse », le type « placoteuse » et le type « douée » ; chacune ayant leurs symptômes propres, s'exprimant avec plus ou moins d'intensité.(4)

5. Diagnostic du TDAH

Le diagnostic du TDAH est composé de deux étapes : un entretien clinique spécifique et la pose du diagnostic grâce à trois outils internationaux, la CIM-10, le DSM-V et la CFTMEA.(3,5-7)

La première étape se base sur un entretien clinique spécifique pendant lequel le pédopsychiatre se trouvera en compagnie de l'enfant en question et de ses parents. L'entretien se passera en deux temps : l'enfant et ses parents puis l'enfant seul.(3)

Avant de réaliser un diagnostic, il est important d'étudier la présence ou non de facteurs déterminants qui pourraient expliquer l'origine d'un TDAH. C'est pourquoi la présence des parents est indispensable. L'exploration cérébrale ou génétique serait possible et intéressante, mais sans doute trop longue et trop coûteuse si nous devons la réaliser pour chaque patient. Nous nous cantonnons alors à analyser les facteurs environnementaux et sociaux des patients.(3)

Pour cela, le début de l'entretien visera à caractériser les facteurs environnementaux potentiellement responsables de ce TDAH, à retracer la vie du patient, de la grossesse maternelle à son âge actuel. Il sera alors demandé les conditions de grossesse, notamment s'il y a eu exposition à des substances toxiques (alcool, tabac, substances psychoactives) pouvant ainsi développer une souffrance fœtale ; ou les conditions d'accouchement (prématurité, petit poids de naissance) ; le développement de l'enfant ; les antécédents médicaux et scolaires de l'enfant ; les relations que l'enfant présente avec ses pairs et ses parents, notamment concernant l'attachement parental ; et l'histoire familiale, à la fois médicale, psychiatrique, psychosociale (éducation, conflits), sentimentale (amour, disputes, séparations), mais aussi les aspects de violences ou de maltraitements. Enfin, et c'est sans doute la partie la plus importante, les symptômes seront détaillés, les situations

quotidiennes racontées, aussi bien par leur démonstration que par leur fréquence, l'âge d'apparition, leur intensité et s'ils deviennent gênants ou handicapants. A ce moment-là, il est important de recevoir un certain nombre d'avis et d'observations, et de multiplier les sources. Le comportement de l'enfant doit être étudié à la maison, à l'école, au club de sport, ou encore au centre de loisirs. Les adultes encadrants pourront alors faire part de leurs annotations afin de décrire davantage les symptômes de l'enfant et ainsi d'étayer le diagnostic.(3,4)

La partie suivante de l'entretien, où l'enfant est seul, vise à apprécier ses capacités plus qu'à l'interroger sur sa vie et son passé. Il sera possible d'étudier ses capacités de communication, la construction de sa pensée, le contact visuel, la manière dont l'enfant se présente, se tient et la présence d'autres troubles psychopathologiques.(3)

Enfin, un examen somatique sera réalisé. Il pourra survoler les capacités auditives et visuelles, orthophoniques, psychomotrices, ou psychométriques car, en effet, les troubles du développement et les troubles instrumentaux sont, chez l'enfant, des importantes comorbidités.(3)

Suite à cet entretien, le diagnostic peut alors être posé. Pour cela, les pédopsychiatres s'aident de trois outils (3,5,7,12) :

- Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (cinquième version, 2013) : le **DSM-V**
- La Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (dixième version, 1993) : la **CIM-10**
- La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la **CFTMEA**

DSM-V

Le DSM-V exige l'étude de cinq critères et leur positivité afin d'établir le diagnostic du TDAH, comme le montrent les annexes 1 et 2. (3,5-7,11,14,15,17)

Dans la première partie (A), la DSM évoque neuf symptômes possibles reflétant un défaut d'attention chez un enfant (A1), et neuf symptômes possibles reflétant une hyperactivité et/ou une impulsivité (A2). Il est alors demandé d'examiner si l'enfant présente au moins six symptômes d'inattention et six symptômes d'hyperactivité et/ou impulsivité pour que la partie, A1 ou A2, soit considérée comme positive. Dans la seconde partie (B), il est demandé de préciser si les symptômes précédents étaient présents avant l'âge de 12 ans. Dans la troisième et quatrième partie (C et D), il est demandé si les symptômes ont provoqué une gêne fonctionnelle pour l'enfant dans au moins deux environnements différents (maison et école par exemple), ou des difficultés sociales, scolaires ou professionnelles. Enfin, pour valider la dernière partie (E), il est nécessaire que les symptômes apparaissent seuls, sans aucune raison, et non en liaison avec une autre pathologie psychiatrique telle que la schizophrénie ou un autre trouble mental.

Une fois les cinq critères analysés et validés, le pédopsychiatre arrive à la conclusion du diagnostic. Si un des critères B, C, D, ou E n'est pas validé, nous ne pouvons pas prétendre à un diagnostic de TDAH chez l'enfant concerné. Si tous ont été validés, la conclusion sera faite et pour cela le DSM fait la distinction entre trois présentations de TDAH. Ils seront chacun obtenus après la description d'un certain nombre de symptômes, dépendant de la partie A (puisque les parties B, C, D, et E doivent nécessairement être validées). Il présente ainsi le déficit mixte ou combiné dans lequel les critères A1 et A2 doivent être validés ; le déficit de type inattention prédominante dans lequel seul le critère A1 a été validé ; et le déficit de type hyperactivité/impulsivité prédominante

dans lequel seul le critère A2 a été validé. Nous nous apercevons donc que le DSM fait la distinction entre les troubles d'attention d'une part, et les troubles d'hyperactivité et impulsivité d'autre part, même si ces trois principaux troubles restent étroitement liés et présents chez un enfant TDAH.

En plus, le DSM-V demande à caractériser la sévérité du trouble selon trois degrés : léger, modéré et sévère (annexes 3 et 4). Ces degrés de sévérité sont basés sur la présence des symptômes et leur intensité, ainsi que l'altération fonctionnelle qu'ils provoquent.

Enfin, le DSM-V exige une réévaluation des symptômes après seize ans avec un seuil diagnostique à cinq symptômes après dix-sept ans ; et assure qu'il est possible de poser à la fois un diagnostic de TDAH et un diagnostic de troubles du spectre autistique chez un même patient. (3,7,14,17)

A travers le DSM-V, nous pouvons nous rendre compte de la multitude de symptômes que peuvent présenter les personnes atteintes de TDAH, ainsi que les conséquences qu'ils pourraient provoquer.

CIM-10

Pour trouver les caractéristiques du TDAH dans la CIM-10 (annexes 5 et 6), il faut déjà se diriger dans la partie V de la CIM : « Troubles mentaux et du comportement » ; puis la partie F90-F98 intitulée « Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement pendant l'enfance et l'adolescence ». Nous voyons déjà, à ce stade, que les troubles des enfants et adolescents sont séparés des troubles adultes, ce qui n'était pas le cas dans le DSM-V. Enfin, le TDAH apparaît dans la partie « les troubles hyperkinétiques » ; en fait, il n'y a pas de partie propre au TDAH. Parmi les troubles hyperkinétiques, elle

distingue encore deux sous types : le « trouble hyperkinétique et trouble des conduites » et la « perturbation de l'activité et de l'attention » afin de séparer les comportements agressifs, délinquants et dyssociaux que nous pouvons retrouver chez les adolescents ou adultes atteints de TDAH.

Les critères de diagnostic du TDAH dans la CIM-10, ressemblent évidemment à ceux du DSM, mais diffèrent également en quelques points. Déjà, les symptômes traités et analysés sont moins complets et moins nombreux que ceux présentés dans le DSM-V ; néanmoins, la CIM-10 exige que des symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité soient présents simultanément. Autrement dit, elle ne fait pas la distinction entre les trois présentations du TDAH présentes dans le DSM, et elle ne sépare pas non plus les trois symptômes caractéristiques du TDAH. En fait, elle rejette la théorie selon laquelle le TDAH pourrait être présenté par des troubles de l'attention, car elle considère que la sphère hyperactive doit nécessairement être présente pour diagnostiquer un TDAH. En revanche, et comme décrit plus haut, la CIM-10 rajoute une spécificité aux troubles de conduite. (3,5,7,18)

CFTMEA

Conformément à la CIM-10, la CFTMEA ne possède pas de partie propre au TDAH. Afin d'identifier ses caractéristiques, il faut aller à l'axe I « catégories cliniques » puis la partie 7 « Troubles des conduites et des comportements » pour retrouver les « troubles hyperkinétiques » et « hyperkinésie avec troubles de l'attention » (annexe 7).

Nous pouvons nous apercevoir que la CFTMEA se calque parfaitement à la CIM-10 : les symptômes présentés sont moins nombreux et moins complets que le DSM-V et, pareillement, elle ne

sépare pas les symptômes d'hyperactivité, d'inattention et d'impulsivité ; ils doivent être nécessairement présents. (3,5,19)

Afin de comparer précisément ces trois outils, j'ai regroupé ci-dessous les grands axes repris dans chacun de ces derniers. Ainsi, nous pourrons observer clairement les différences et les ressemblances.

Composantes	DSM-V	CIM-10	CFTMEA
Distinction entre les symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité	✓		✓
Distinction entre le plan psychique et le plan moteur			✓
Distinction entre les critères chez les enfants et chez les adolescents ou les adultes	✓		
Exemples nombreux et précis des symptômes	✓	✓	
Notion de rejet social et d'isolement		✓	✓
Notion d'âge d'apparition des symptômes et de durée de ceux-ci dans le temps	✓	✓	✓
Notion de la présence des symptômes dans deux ou plus de deux environnements	✓		
Notion d'une altération clinique observable et obligatoirement présente	✓		
Notion d'une absence de lien entre les symptômes et une pathologie psychiatrique	✓	✓	✓
Définit trois types de syndromes possibles et/ou trois stades de sévérité	✓		
Donnent des exemples de troubles associés		✓	✓

Figure 2 - Tableau comparatif des trois outils diagnostic du TDAH

Après cette rapide analyse, nous pouvons juger que le DSM-V est sans doute l'outil le plus complet, le plus facile d'utilisation par son

aspect simple et pratique, et qui permettra peut-être de poser plus facilement un diagnostic de TDAH.

En réalité, il n'existe aucune recommandation quant à l'utilisation de tel ou tel outil : ils sont à prendre en compte simultanément. En revanche, l'emploi de ces outils ne suffit pas, d'autres composants sont étudiés pour chaque patient, comme expliqué précédemment : la fréquence, ou l'âge d'apparition des symptômes par exemple.

6. Signes cliniques du TDAH

ça se traduit comment ?
par des choses que l'on peut trouver chez un peu tout le monde
sauf qu'ici ce n'est pas la même intensité et fréquence.

(2)

Le TDAH, comme nous l'avons vu, est défini par une « triade caractéristique » : l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité. Ces symptômes caractéristiques sont présents à tout âge, à une plus ou moins forte intensité, et évoluent au cours de l'enfance et de l'adolescence, jusqu'à être présents, parfois, à l'âge adulte. (2-5,7,12,14)

Le plus compliqué avec ces signes cliniques est de pouvoir faire la distinction entre un comportement à caractère normal et un comportement à caractère pathologique.(3,12) En effet, un certain nombre de signes peuvent être retrouvés chez un enfant non atteint de TDAH : l'agitation ou l'inattention peuvent être décrits chez n'importe quel enfant car ce sont des symptômes que nous pourrions expliquer par leur immaturité, à la fois morphologique (cérébrale) et mentale.(11,12)

Se rajoutent, aux symptômes vus précédemment, un certain nombre d'autres symptômes associés et comorbidités que je vais détailler. Bien

évidemment ces derniers diffèrent en fonction de l'âge du patient, de son sexe et de son tempérament.(3-5)

Avant six ans, les médecins s'entendent à dire que les symptômes d'inattention sont quasi impossibles à identifier, notamment par leurs courtes activités quotidiennes. C'est l'hyperactivité qui se fait surtout remarquée car elle se présente sous la forme d'une agitation constante et infinie, et à la fois motrice et verbale. Dès le plus jeune âge, l'enfant gesticule, se trémousse, agite les jambes et les mains, rampe toute la journée. Puis il commence à marcher, il saute, il escalade, il court et ne s'arrête plus. Et c'est à ce moment-là que commencent les bobos et les accidents. L'impulsivité, plus discrète, peut s'observer par des cris fréquents au départ pour se faire entendre, puis par des crises de colères ou des caprices. Ce sont des enfants qui n'arrivent pas à chuchoter, et qui commencent déjà à vouloir s'imposer dans un groupe. De plus, à ces âges, les principaux troubles associés peuvent porter atteinte à leur fonctionnement cognitif, leurs relations sociales et familiales. Ces troubles, d'intensité corrélée à la sévérité du TDAH, peuvent être des Troubles Oppositionnels avec Provocation (TOP), des troubles instrumentaux (langage oral ou écrit, calculs, articulation, raisonnement, retard intellectuel, Tics/TOC...) ou des troubles anxieux. Les difficultés scolaires peuvent apparaître à ce moment-là même si elles seront minimales. L'anxiété, elle, peut conduire à un isolement de l'enfant à l'école par exemple. Aussi, ils sont à l'âge où ils commencent à créer des liens sociaux et des amitiés, à la crèche puis à l'école, et c'est une étape qui peut se révéler très compliquée pour un enfant atteint de TDAH. Les relations sociales sont souvent difficiles à entretenir de par le caractère et l'impulsivité de ces enfants ; d'autant que cela s'accroît le plus souvent en grandissant. (3-5,7)

Après six ans, et jusqu'à l'adolescence, les trois types de symptômes principaux se font ressentir, à des intensités plus ou moins importantes selon le patient. L'inattention est sans doute le principal déficit chez les

enfants TDAH. Les experts distinguent trois types de déficit d'attention : le déficit d'attention soutenue (attention en dents de scie, décrochages nombreux, étourderies), le déficit d'attention partagée (ne pas pouvoir réaliser deux tâches en même temps, passer rapidement d'une tâche à l'autre) et le déficit d'attention sélective (difficulté à saisir les informations importantes, à trier sa pensée et à faire abstraction des bruits de fond). L'hyperactivité, elle, est beaucoup plus dérangeante et impressionnante, qu'on y prête plus facilement attention. L'enfant est sans cesse en mouvement, comme il était auparavant d'ailleurs : il gigote sur sa chaise, il remue les mains et les pieds quand il doit rester assis, il se tortille, il court, il saute, il escalade. Facilement excitable, il fait partie des enfants difficiles à apaiser, qui ont de l'énergie à revendre et qui fatiguent leur entourage. Enfin, l'impulsivité se reflète par des comportements spontanés sans cesse, l'enfant réagit sans avoir réfléchi auparavant, et souvent, se rend compte trop tard de ses actions. Il coupe la parole, il répond aux questions avant qu'elles ne soient entièrement posées, il s'immisce dans les conversations, il veut commander et s'imposer face à tout le monde, il est maladroit, il se cogne, il casse les objets qu'il bouscule, et il est souvent présent dans les conflits ou les bagarres. Nous observons également une intolérance à l'ennui chez ces enfants. En somme, à l'école ou à la maison, il est difficile de ne pas repérer ces symptômes. Cette situation étant compliquée à vivre pour l'entourage ; les enfants doivent faire face à l'exaspération et l'agacement des adultes qui les entourent, et parfois même de la fratrie. A l'école, et malgré les capacités parfois suffisantes, les résultats sont très variables et irréguliers, au désespoir des enseignants. Face à de tels impacts sur son entourage, l'enfant peut alors souffrir du rejet social ; et ainsi accentuer son sentiment d'injustice, d'anxiété, d'irritabilité, de colère, et de frustration face à sa qualité de vie sociale défavorable. Les troubles psychiques (changements d'humeur, allures dépressives, démoralisation), la faible estime de soi, l'isolement, la victimisation ou

les TOP sont les principaux troubles associés au TDAH après six ans.(3-5)

A l'adolescence en général, seules l'inattention et l'impulsivité demeurent puisque l'hyperactivité diminue largement. Mais il est compliqué de réellement savoir comment le TDAH se manifeste chez cette population car le suivi reste difficile ; ils ne se sentent pas particulièrement malades et pensent qu'ils n'ont pas besoin « d'aller voir un médecin pour les fous », chose qui affaiblirait à la fois leur estime de soi et leur confiance en eux. L'évolution des symptômes se base alors sur les dires des parents ou des autres adultes qui côtoient l'adolescent. Le déficit d'attention, à l'adolescence, se fera surtout ressentir à travers le milieu scolaire. Ils paraissent rêveurs, dans leurs bulles, timides et isolés. Au lycée, l'équipe pédagogique demande aux élèves une plus grande autonomie, une certaine organisation et beaucoup plus de travail personnel. C'est face à ses directives que le patient peut « décrocher » et ainsi faire évoluer ses capacités scolaires de résultats satisfaisants à un échec scolaire total. Encore une fois, les résultats seront irréguliers et le manque d'intérêt et d'attention pour les matières scolaires de ces jeunes adultes sont reprochés. L'adolescence est aussi le moment de la vie où l'exposition aux dangers et aux situations à risque est la plus importante. L'impulsivité accentuée dans ce syndrome ne les aidera pas, renforçant ainsi pulsions et envies de libertés. Les principaux risques encourus seront ceux liés à la conduite (accidents), aux sensations fortes (blessures, accidents), aux relations sexuelles (maladies sexuellement transmissibles, grossesses précoces et avortements), aux substances psychoactives (tabac, alcool, drogues en tout genre). L'impulsivité peut aussi contribuer au passage à l'acte des adolescents, favorisant ainsi les tentatives de suicide. Enfin, à ces symptômes se rajoutent la difficulté sociale et l'anxiété, face auxquelles les relations avec autrui peuvent être compliquées. Ils sont donc parfois

victimes, au même titre que les enfants, du rejet social et de l'isolement, favorisant ainsi la victimisation et la persécution de ces derniers. (3-5)

Chez les adultes, le TDAH reste semblable à celui reconnu chez l'adolescent : l'impulsivité et l'inattention sont bien présentes, tandis que l'hyperactivité se fait plus discrète. Les conséquences de l'inattention sont nombreuses et peuvent avoir des répercussions assez graves pour les patients. Le quotidien de ces derniers sera animé par les oublis (rendez-vous, dates, noms), les pertes d'objets (affaires, clés, lunettes), le désordre, la désorganisation, la difficulté à la planification, la dysautonomie, la sensation de ne pas pouvoir faire deux tâches en même temps ou passer de l'une à l'autre sans aller au but final de la première tâche. La distraction est aussi l'une des principales conséquences de ce phénomène, qui peut causer du tort aux patients dans leur milieu professionnel mais aussi familial et social. Par contre et étonnamment, ils possèdent aussi des capacités de concentration et de focalisation importantes, même si elles restent ponctuelles. D'autre part, c'est l'impulsivité qui, sans doute, est beaucoup plus dangereuse à gérer dans la vie de tous les jours ; notamment lorsqu'il s'agit de prise de décisions. Elle provoque chez les adultes atteints de TDAH des pulsions, qui les poussent à agir ou prendre des décisions sans réfléchir au préalable aux potentielles conséquences et risques auxquels ils s'exposent. Ces patients auront un caractère spontané, n'hésitant pas à couper la parole et s'imposer dans une conversation, en se précipitant dans toutes leurs tâches, en les bâclant, ou en prenant des risques, notamment pendant des relations sexuelles ou par leur conduite sur la route. Certains adultes peuvent parfois souffrir de troubles de l'humeur. Nous pouvons comprendre, avec tous ces symptômes, que les relations avec autrui soient parfois mauvaises, tant dans le domaine personnel que professionnel. Les adultes peuvent alors ressentir, de la même façon que les enfants et les adolescents, le rejet social et l'isolement. Personne ne veut lui confier une tâche importante puisqu'il la fera à moitié,

personne ne peut compter sur lui, personne ne lui fait confiance, personne n'arrive à le comprendre à cause de ses humeurs changeantes, imprévisibles et irrégulières... C'est une réelle contrainte et souffrance sociale.(3,5)

En plus de tous les symptômes vus précédemment, nous pouvons encore en citer d'autres qui peuvent apparaître à tout âge. Premièrement, certains patients atteints de TDAH présentent des troubles du sommeil. C'est l'hyperactivité et l'énergie infinie qui expliquent le mieux ce phénomène. Mais il a également été démontré dans une étude (3) qu'une mutation d'un gène intervenant dans le cycle de la mélatonine était présente chez certains patients, ce qui pouvait expliquer leurs endormissements tardifs, leurs nuits agitées et peu reposantes. Deuxièmement, les patients peuvent souffrir de troubles de l'alimentation, qui conduira ou non à une obésité à l'âge adulte. Certains auteurs mettent en cause l'impulsivité de ces patients à manger de manière irrégulière et selon leurs envies. Ainsi, ces derniers présenteraient des comportements alimentaires déréglés et anormaux, qui pourraient notamment conduire à une obésité. Il a été écrit dans une étude que les adultes ayant souffert de TDAH dans leur enfance avaient deux fois plus de risque de devenir obèse à l'âge adulte. Reste à prouver s'il existe un lien ou une corrélation entre ces deux phénomènes. Troisièmement, les enfants atteints de TDAH peuvent subir des troubles sphinctériens. Les énurésies nocturnes chez les enfants sont normales dès la naissance, mais tendent à s'arrêter complètement avant cinq ans. Pourtant, deux études (3) ont montré une différence significative entre les enfants non TDAH et les enfants TDAH : ces derniers, et malgré leurs âges avancés (jusqu'à onze ans), présentaient encore des énurésies nocturnes. Dernièrement, les patients TDAH semblent présenter une tendance atopique supérieure à la moyenne. C'est-à-dire qu'ils possèdent un terrain allergique plus important que les patients non TDAH, que ce soient des allergies alimentaires ou non.(3-5,7)

Pour résumer, le TDAH ne se limite pas seulement à sa « triade caractéristique » puisqu'il possède, nous l'avons vu, de nombreux autres troubles associés : les troubles instrumentaux (« troubles dys » : dysphaxie, dyslexie, dyscalculie...), les TOP, les troubles psychiatriques (anxiété, humeur, bipolarité, dépression, suicide), les atopies, les troubles sphinctériens, les troubles de l'alimentation ou encore les troubles du sommeil. Le TDAH est un syndrome qui peut ainsi avoir de graves conséquences sur la qualité de vie des patients, peu importe leur âge ; d'une part sur le plan personnel (apprentissage, planification, organisation) et d'autre part sur le plan social (familial ou professionnel par exemple). La souffrance potentielle de ces patients face à leurs symptômes est non négligeable et nécessite alors une prise en charge quand la gêne devient trop importante. (3-5,7,12)

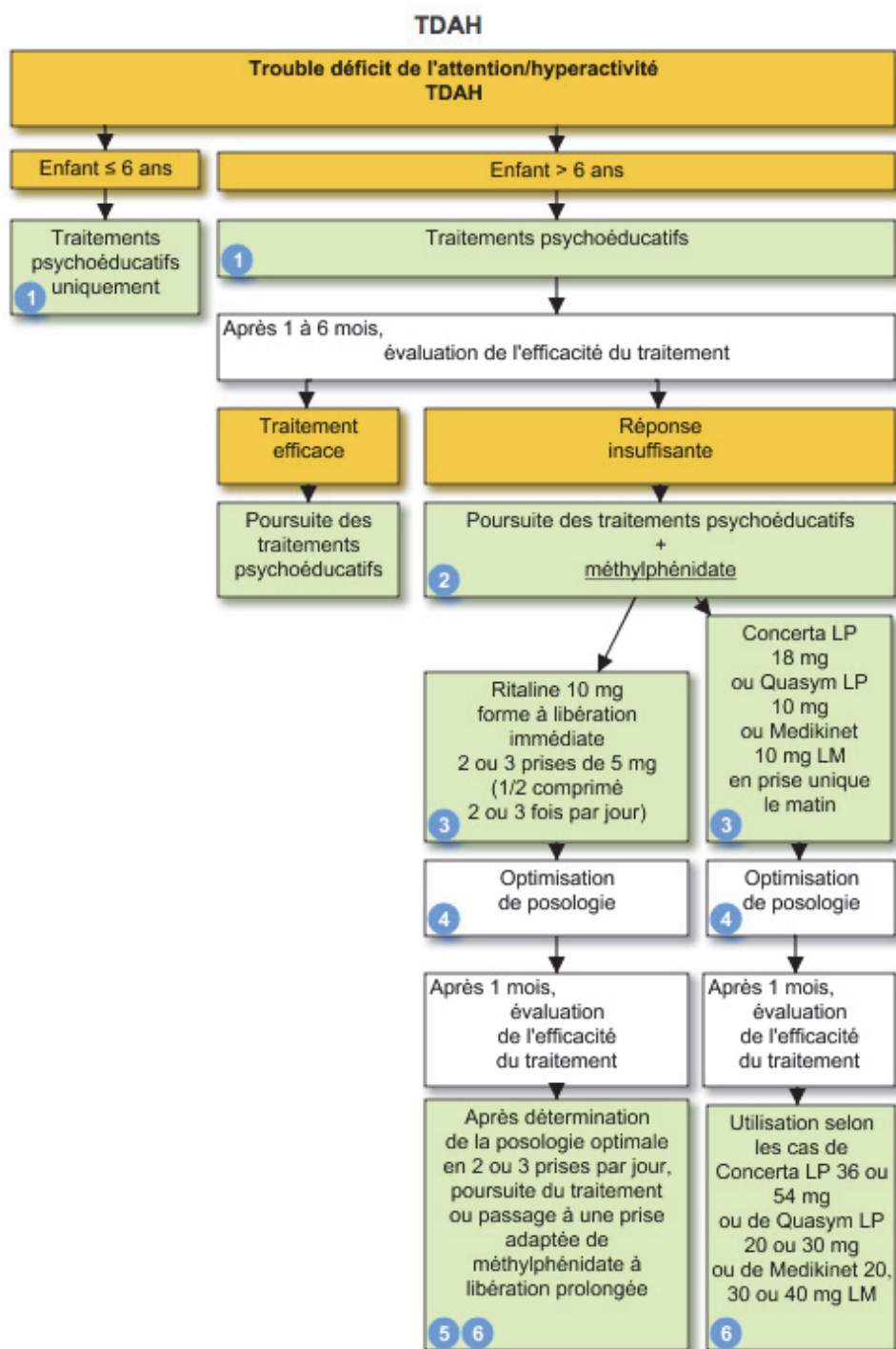
7. La prise en charge non médicamenteuse du TDAH

et après, on fait quoi ?

(2)

La prise en charge du TDAH peut se faire de deux façons : non médicamenteuse ou médicamenteuse. Les méthodes non médicamenteuses seront proposées en premier, afin d'éviter le recours aux médicaments chez les enfants. La technique médicamenteuse, quant à elle, fera intervenir le méthylphénidate, dont nous parlerons ci-après. L'arbre décisionnel du Vidal Reco est un outil permettant de savoir quel type de prise en charge utiliser et à quel moment ; comme montré sur la figure 2 ci-dessous.(20)

Il est également possible d'associer les deux techniques de prise en charge pour une meilleure rémission. Dans cette partie, nous allons uniquement nous intéresser aux méthodes non médicamenteuses.



1 Prise en charge psychoéducatrice et psychothérapique

Globale, la prise en charge doit être systématiquement mise en œuvre et associe les parents (guidance parentale, groupes de parents, thérapie familiale, etc.) et l'enfant.

La prise en charge psychoéducatrice est la seule autorisée avant l'âge de 6 ans, accompagnée éventuellement de rééducation de la psychomotricité et/ou de rééducation orthophonique en fonction des comorbidités.

2 Traitement médicamenteux

Il est recommandé en cas d'efficacité insuffisante des mesures psycho-éducatrices (psychologiques, éducatives et familiales) chez les enfants de plus de 6 ans.

Seul le méthylphénidate a l'AMM en France dans le TDAH.

3 Rythme d'administration

Le traitement en 2 prises (matin et midi) s'adresse plutôt aux enfants les plus jeunes, dont le trouble est essentiellement gênant à l'école ; celui en 3 prises (matin, midi, soir), aux enfants plus âgés dont la vie familiale est très perturbée par le trouble.

Si les circonstances de vie ne permettent pas plusieurs prises par jour, il est possible de prescrire 1 comprimé de Concerta LP 18 mg, avec adaptation de la dose quotidienne par paliers hebdomadaires de 18 mg ; ou 1 comprimé de Quasym LP 10 mg ou de Medikinet 10 mg LM, avec une adaptation de la dose quotidienne par paliers hebdomadaires de 10 mg.

4 Optimisation de posologie

RITALINE : la posologie optimale se situe entre 0,3 et 1 mg/kg par jour, sans dépasser 60 mg/jour. L'augmentation de la dose quotidienne se fait par paliers hebdomadaires de 5 à 10 mg.

CONCERTA LP : adaptation de la dose quotidienne par paliers hebdomadaires de 18 mg, sans dépasser 54 mg en 1 prise/jour.

QUASYM LP : adaptation de la dose quotidienne par paliers hebdomadaires de 10 mg, sans dépasser 60 mg/jour.

MEDIKINET LM : adaptation de la dose quotidienne par paliers hebdomadaires de 5 à 10 mg, sans dépasser 60 mg par jour.

En l'absence d'amélioration après un mois d'adaptation, le traitement doit être interrompu.

5 Passage à une forme à libération prolongée

Il est possible lorsque la posologie optimale a été trouvée.

6 Durée du traitement

Elle n'est pas prévisible. Des interruptions sont recommandées, en particulier pendant les vacances scolaires, pour évaluer si le traitement est toujours indiqué.

Figure 2 - Les recommandations du Vidal pour le TDAH(20)

Nous l'avons vu, ce syndrome provoque un certain nombre de symptômes qui modifient à la fois les comportements, les émotions et le

tempérament des patients mais parfois même leur personnalité. C'est pourquoi la prise en charge du TDAH est organisée autour de plusieurs axes, afin de répondre à un maximum de symptômes. Un certain nombre de thérapies d'adaptation vont alors être mises en œuvre afin de gérer le TDAH dans sa globalité. Nous allons le voir, un certain nombre d'efforts seront demandés à la fois à l'enfant concerné, mais aussi à ses parents et ses enseignants. (3-5)

Tout d'abord, l'enfant va recevoir un type de thérapie appelée TCC « Thérapie Cognitive et Comportementale », notamment de la psychoéducation, visant à modifier le comportement de l'individu face à une situation donnée. En 1999, Deleu et Chambon expliquent que la psychoéducation est composée de trois dimensions : la dimension pédagogique (communication d'informations et de connaissances), la dimension psychoaffective (soulagement du patient face à sa maladie), et la dimension comportementale (apprendre à modifier son comportement face à des situations données). Cette méthode a également pour but « de favoriser chez le patient l'acceptation de la maladie, de promouvoir sa participation active au traitement et à la réadaptation, de développer ses capacités de compensation des déficits ». (3-5) Cette thérapie et son contenu doivent bien évidemment s'adapter au patient et à son âge, afin que la compréhension et l'application des consignes soient acceptables. A travers cette première prise en charge, l'éducateur va chercher à améliorer chez l'enfant son estime de soi, chose qui évolue au cours de la croissance de l'enfant mais qui reste rarement bonne. Il tentera aussi de limiter l'hyperactivité, l'impulsivité et les colères de l'enfant, de combler le manque d'attention dont il est victime, de développer ses habiletés sociales afin d'optimiser ses relations, ou encore de corriger ses facultés d'organisation. Les parents et les enseignants auront aussi un rôle à jouer dans cette psychoéducation, car ce sont ceux qui côtoient l'enfant quotidiennement. C'est un programme long et complet, qui permet dans

la majorité des cas à l'amélioration des symptômes du TDAH. Aussi, il est important de réaliser une approche positive à chaque étape de cette prise en charge afin de ne pas dévaloriser ou accabler le patient. De plus, il existe un grand nombre d'autres méthodes de prise en charge que je ne détaillerai pas : des « Programmes d'Intervention sur les Fonctions Attentionnelles et Métacognitives (PIFAM) » visant à améliorer les fonctions exécutives, d'attention et métacognitives ; des entraînements cognitifs ; de la rééducation psychomotrice ou bien orthophonique. (3-5)

Ensuite, c'est au tour des parents de recevoir cette psychoéducation, accompagnée de conseils adaptés. Déjà, il sera primordial de déculpabiliser les parents face au syndrome de leur enfant, leur justifier qu'ils n'en sont pas responsables, même si l'environnement familial peut y contribuer. Il n'est pas rare que, face aux comportements de leur enfant, ces derniers abandonnent ou se sentent épuisés. Cela entraînera alors des répercussions sur la façon d'éduquer leurs enfants, de façon parfois inadaptées. Ils vont également subir la phase pédagogique avec des explications théoriques sur le TDAH, puis la phase qui leur apprendra les comportements et réactions à avoir face à leur enfant. Ils passeront notamment par le Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley (1987) connu pour s'adresser « à tous les parents qui rencontrent des problèmes de discipline avec leur enfant ». C'est un programme qui se réalise en plusieurs séances collectives et qui est composé de plusieurs étapes. Il prend donc du temps et demande la participation active des parents. Ces derniers auront également un rôle primordial à jouer dans la psychoéducation de l'enfant, afin d'aider l'éducateur à atteindre tous les objectifs fixés : estime de soi, organisation, hyperactivité, impulsivité, colère, attention...(3-5)

Enfin, un certain nombre de points doivent être adaptés dans le milieu scolaire. Les enseignants et parfois même les camarades de classe peuvent être sujets à la psychoéducation du TDAH. Pour tout le monde,

le but premier sera de comprendre le trouble, les symptômes et les difficultés de l'enfant TDAH, afin de ne pas le stigmatiser ou le rejeter. Puis, pour les enseignants, le second objectif sera d'améliorer les comportements de l'enfant en classe, permettant ainsi un meilleur apprentissage, une meilleure concentration et de bons résultats scolaires en s'adaptant à ses capacités. Dans un premier temps, l'enseignant aura un rôle important, tout comme les parents, dans la psychoéducation de l'enfant ; plus particulièrement en ce qui concerne le manque d'attention et les capacités d'organisation. Après, il devra également contribuer à tous les objectifs fixés par la psychoéducation de l'enfant : habiletés sociales, impulsivité, colère, hyperactivité, estime de soi. Pour cela, un certain nombre de modifications de fonctionnement peuvent leur être proposées. Par exemple, pour la présentation de la classe et le rangement de celle-ci, pour la gestion de la classe, des devoirs et des examens. En plus, ils ont un devoir d'observation de l'enfant, afin d'apprécier ou non son évolution et pouvoir transmettre les informations aux parents ou aux professionnels de santé qui prennent en charge l'enfant. Enfin, les enseignants devront apprendre à parler aux parents concernant les comportements de leur enfant, savoir y mettre les formes notamment en cas de suspension ou de redoublement, afin de ne pas augmenter les situations de conflits ou d'anxiété. Une bonne coopération entre le domaine scolaire et le domaine familial ne sera que bénéfique pour l'enfant. (3-5)

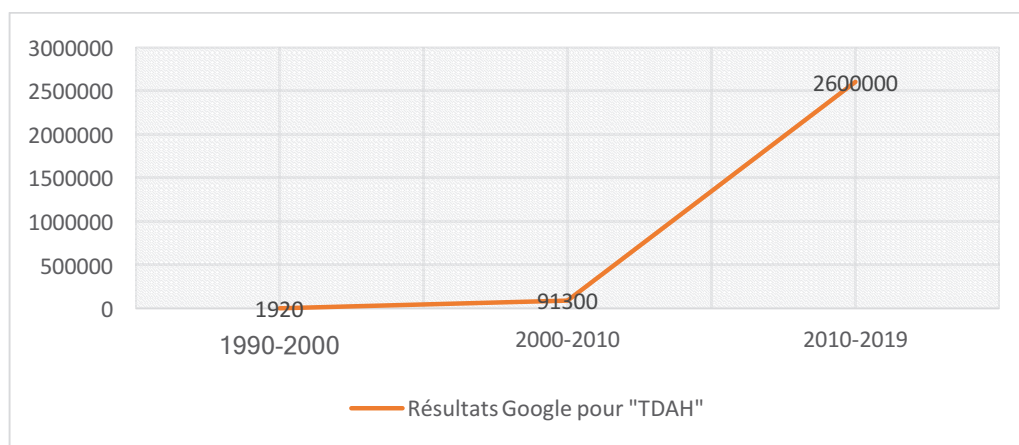
Stacey Bélanger a rédigé un ouvrage dans lequel elle énonce un certain nombre de conseils et d'actions à réaliser afin d'obtenir les résultats précédents à la fois pour l'enfant mais également des conseils à réaliser à la maison ou à l'école. (4)

Ces TCC vont également avoir pour objectif d'améliorer les troubles associés au TDAH, notamment les troubles anxieux. Les troubles de l'alimentation, eux, seront gérés en parallèle avec une prise en charge diététique.

8. TDAH : sujet de controverses et de contestations

Aujourd'hui, et depuis un certain nombre d'années maintenant, le syndrome du TDAH fait débat au sein de la population. Ce syndrome a été dénigré aussi bien dans les médias, que dans la littérature et sur les réseaux sociaux ; et nous allons voir pour quelles raisons. Cependant, seules deux catégories de personne sont réellement concernées par ces contestations : les patients (en incluant leur famille) et les professionnels de santé en contact direct avec ceux-ci (médecins généralistes ou spécialistes, et pharmaciens).

Premièrement, le TDAH est un syndrome connu depuis longtemps, mais dont nous ne parlons vraiment que depuis peu. Pour illustration, la recherche sur Google du mot « TDAH » entre les années 1990 et les années 2000 donne 1 920 résultats, alors que 91 300 résultats sont donnés pour la période située entre les années 2000 et 2010 contre 2 600 000 résultats pour la période située entre les années 2010 et 2019. Nous observons que le nombre de résultats obtenus sur Google pour cette recherche diffère au cours des années, qu'il est en nette augmentation : mille fois plus important aujourd'hui (figure 3 ci-dessous).(21)



*Figure 3 - Evolution des résultats Google au cours des années pour le mot-clé
« TDAH »*

Nous pourrions ainsi considérer que le TDAH a connu une « popularisation » au cours de ces dernières années. Certains auteurs parlent même « d'explosion du TDAH », « d'épidémie de TDAH » ou encore de « syndrome à la mode ».(11,12) En effet, pour certains auteurs, popularisation se corrèlerait avec le sur-diagnostic, la sur-prescription de traitements, et maintenant des questions de santé publique pour les autorités sanitaires – au vu du nombre de diagnostics établis et du nombre de familles touchées par ce syndrome –.(11,12)

Deuxièmement, l'étiologie de ce trouble leur pose aussi problème car elle reste floue aujourd'hui. En effet, l'origine de cette maladie n'a pas encore été élucidée, même si de nombreuses hypothèses se sont succédées. Pour eux, le TDAH a fait l'objet de nombreuses recherches et études au cours de ces dernières années, mais aucune de celles-ci n'a pu clarifier précisément son origine, remettant alors en cause son existence. Sinon, en d'autres termes, nous savons que ce syndrome existe mais nous n'arriverions pas encore à comprendre pourquoi. Un traitement de fond serait alors impossible ; seuls les symptômes pourraient être améliorés. Et pour les détracteurs du TDAH, l'utilisation de psychotropes chez les enfants ne représenterait pas une solution convenable. (3,4,7,11,12)

C'est pourquoi j'en arrive au troisième point. Ce trouble est effectivement classé parmi les troubles mentaux, et nous le savons, les troubles mentaux ont une place particulière au sein de la médecine actuelle.(3,11,12) Ce sont des pathologies qui renversent les pensées et les théories validées jusqu'ici car, la plupart, n'ont pas d'origine élucidée, et leur explication ne se base pas toujours sur des constats purement scientifiques. Les maladies psychiatriques, selon certains auteurs seraient des « mythes », des « métaphores », des « pseudo-maladies » afin de rendre les patients potentiellement dépendants des systèmes de santé.(7,12) Certains considèrent même que ces troubles auraient été mis en avant par les laboratoires pharmaceutiques, afin de

pouvoir vendre leurs médicaments, c'est la polémique du « Big Pharma ».(7,11,12,22). Nous reviendrons sur ce sujet plus tard.

Pareillement à l'étiologie, les critères diagnostic posent aussi un certain nombre de problèmes pour certains auteurs.(3,11,12) En effet, et comme toutes les pathologies mentales, il n'y a pas de profil type de patient, pas de marqueurs biologiques ou de symptômes vraiment spécifiques. Le diagnostic, se basant sur plusieurs ouvrages, est posé grâce à des consensus et sur des critères uniquement cliniques (3,5,7,11,12). Or, les signes cliniques peuvent varier d'un patient à l'autre, et leur observation pourrait également différer d'un praticien à l'autre. En effet, tous les praticiens n'auraient pas les mêmes opinions, les mêmes points de vue, les mêmes critères de jugement : un même signe pourrait paraître pathologique pour un mais physiologique pour un autre.(11,12) Dans une étude, 97% des médecins généralistes considèrent avoir déjà rencontré le syndrome du TDAH, mais il a été révélé que seulement deux tiers de ceux-ci y prêtaient attention (11). Nous pourrions comprendre plusieurs choses avec ce constat : peut-être que les médecins généralistes ne portent pas assez d'intérêt à cette pathologie, que leur temps de consultation est trop limité pour s'arrêter sur ce sujet, qu'ils ne se sentent pas capable d'aborder le sujet en consultation ou que le contexte de la consultation ne se prête pas à cette discussion. Face à cela, et face aux prévalences pays-dépendantes vues précédemment, nous pourrions nous interroger sur la réalisation de tous les diagnostics au cours de ces dernières années. Les différences de diagnostic sont-elles explicables par rapport aux zones géographiques finalement, ou existe-t-il une réelle différence de pratique entre les praticiens étrangers et les praticiens français ? (12)

En plus, et comme nous l'avons vu précédemment, seul le médecin peut poser et décider d'un diagnostic, en fonction de ces constatations. Mais il n'y a pas uniquement le médecin qui intervient dans ces dernières : effectivement, les parents, les enseignants sont également

sollicités à soumettre leurs observations. De plus, les TCC peuvent être mises en place par des psychologues ou neuropsychologues, sans diagnostic établis préalablement. La caractérisation de l'enfant, sa stigmatisation et sa prise en charge pourraient être débutées par d'autres professionnels que les médecins agréés. Pour certains auteurs, il serait alors raisonnable de se demander si, éthiquement, les critères d'observation et d'objectivité des parents, des enseignants, du personnel encadrant seraient acceptables pour aider le praticien dans sa démarche diagnostique.(12) Le DSM, permettant le diagnostic du TDAH, a aussi été mis en cause, surtout depuis ses récentes modifications. Certains auteurs considèrent que les critères peuvent s'adapter à n'importe quel individu de la société ; que les signes cliniques non spécifiques évoqués diffèreraient en fonction de l'âge (enfant, adolescent, adulte) pour que le syndrome puisse s'adapter à tout patient et à tout âge. Autrement dit, ce syndrome aurait été étendu à toute la population mais selon des symptômes différents qui, normalement, n'évoluent pas aussi drastiquement pour une pathologie en fonction de l'âge du patient.(3,7,11,12)

Cela nous conduit au quatrième point soulevé par les détracteurs du TDAH. Ce point est sûrement le plus important de tous : la validité et l'existence du TDAH. Comme cité dans l'introduction, les images et citations décrédibilisant l'hyperactivité sont nombreuses ; elles sont d'ailleurs très souvent retrouvées et partagées sur les réseaux sociaux. Il existe même des vidéos sur internet, que nous pourrions qualifier de « tuto » pour l'éducation, qui proposent entre autres des solutions pour « calmer un enfant agité » (23). En plus, de nombreux auteurs s'interrogent sur l'existence de ce syndrome, d'une part par les critères diagnostic, et d'autre part pour les conséquences que cette pathologie aurait sur la population.(7,11,12) Déjà, les signes cliniques décrit, peu importe l'âge, sont présentés comme pathologiques. Mais pour certains auteurs, ce sont des signes physiologiques et normaux. L'agitation est

bien connue chez les enfants, comme l'inattention est bien observée chez l'adolescent. Ce sont les personnalités de chaque patient qui entraîneraient plus ou moins de symptômes – agitation, colère, impulsivité, manque de concentration ou d'attention – mais serait-il possible de les qualifier de pathologiques ? Comment savoir, à partir de quel instant, l'agitation d'un enfant est-elle pathologique ? A partir de quel instant pourrions-nous considérer que l'inattention d'un adolescent, ainsi que son isolement, sont pathologiques ? A partir de quel instant les étourderies chez un adulte seraient pathologiques ? Ces symptômes peuvent effectivement être liés à la personnalité de chacun. S'il est nécessaire de trouver des causes, certains diront qu'ils peuvent être signe d'immaturité, d'un tempérament plus agité ou plus calme que la moyenne, d'une mauvaise estime de soi, d'un environnement familial anarchique, ou encore d'une mauvaise éducation. (7,11,12)

Pour certains auteurs, cette « pseudo-maladie » n'est rien d'autre qu'une excuse et un prétexte pour cacher la vérité sur les enfants concernés ; comme une carapace derrière laquelle la vérité peut être cachée.(12) Pour eux, elle permettrait d'excuser l'impuissance des parents et des enseignants face à un enfant au comportement colérique et agité ; d'excuser le comportement des enfants agressifs, irrespectueux ; d'excuser les parents face à un enfant qui peut paraître mal élevé ; d'excuser la délinquance, qui serait une des conséquence possible du TDAH ; de déculpabiliser les parents face à un sentiment d'échec dans l'éducation de leur enfant – ce n'est pas de leur faute finalement – ; et ainsi de soulager les adultes présents dans l'environnement de l'enfant, aussi bien les parents que les enseignants et éducateurs. En d'autres termes, tous les comportements dérangeants observés chez les enfants, et jusqu'à l'âge adulte, peuvent être mis sur le dos du TDAH ; même les comportements présents sur une longue durée car la prise en charge de ce trouble est difficile et pas toujours efficace dès les premiers temps. Ce qui, à force, pourrait empêcher les remises en question à la fois des patients et de leur entourage, et ainsi perpétuer les mauvais

comportements qui, parfois, sont mêmes répréhensibles.(12) Selon certains auteurs, la délinquance qui s'ensuit pourrait être causée par la maladie, ou bien par le sentiment d'avoir été stigmatisé et rejeté par la société depuis son enfance ; ce qui renforce les désirs d'opposition et de vengeance. (4,7,11,12)

C'est là qu'interviennent tous les arguments concernant les laboratoires pharmaceutiques, eux aussi très souvent discrédités. Selon certains auteurs, et aujourd'hui une bonne partie de la population, les laboratoires pharmaceutiques seraient « à l'origine » de certaines maladies, inventées de toute pièce, dans l'unique but de vendre leurs médicaments. Même si ces derniers ont été impliqués dans des affaires avérées, pouvons-nous réellement considérer qu'ils puissent être à l'origine du TDAH ? De plus, les théories du complot sont de plus en plus implantées dans les mœurs sociaux, ce qui accentue le manque de confiance envers ces laboratoires pharmaceutiques.(11,12,22)

Enfin, et toujours d'après ces mêmes auteurs, ce syndrome conduirait à une stigmatisation d'une partie de la population ainsi qu'à une souffrance des patients face à une « pseudo-maladie » « sans fondements » et qui n'existerait peut-être pas. Tant de mal pour une pathologie qui n'a pas lieu d'être. En plus, certains détracteurs considèrent que d'autres troubles peuvent conduire à des symptômes similaires au TDAH, et ainsi le TDAH serait la conséquence d'autres pathologies, et non la cause. (3,7,11,12)

Pour toutes ces raisons, le TDAH aujourd'hui est au cœur de nombreuses controverses et débats, qui ont parfois tendance à diviser la population. Les professionnels de santé, et les pharmaciens surtout, sont censés avoir un regard critique sur ces débats, mais leur avis final et personnel ne doit pas interférer avec l'exercice de leur métier. Mais est-ce vraiment le cas ? Les représentations de ceux-ci ont-elles tendance à influencer leur vision des patients atteints de TDAH, et ainsi modifier

leur attitude lors de la dispensation du traitement indiqué ? Nous verrons ces questions dans le chapitre deux. Maintenant, nous allons aborder le traitement, le méthylphénidate, qui fait également l'objet de controverses.

II. Le méthylphénidate

Parlons à présent de la prise en charge médicamenteuse du TDAH et plus particulièrement du méthylphénidate. C'est la seule molécule ayant une AMM pour cette indication.(24,25) Il faut souligner que le méthylphénidate ne possède qu'une AMM en pédiatrie. Toutefois, elle peut être utilisée chez les adultes hors-AMM car elle a également prouvé une certaine efficacité.

Ce traitement - même s'il ne pourra pas guérir le TDAH - est très efficace pour limiter les troubles du comportement. En plus, le MPH est donné en dernière intention si les thérapies comportementales n'ont pas été satisfaisantes. Par contre, son efficacité sera plus importante si nous associons les deux types de prise en charge. Il est aussi donné après avoir informé et formé l'entourage ; élément indispensable à la prise en charge de l'enfant.(3-5,7,11,12)

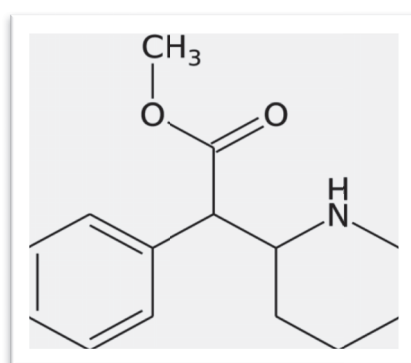


Figure 4 - Formule chimique du méthylphénidate (26)

En réalité, il y a une autre molécule qui a montré une efficacité dans le traitement de ce trouble, l'atomoxétine (STRATTERA®). Elle ne possède pas d'AMM mais une ATU, Autorisation Temporaire d'Utilisation. Autrement dit, ce médicament est encore en cours d'essai, et n'est pas disponible sur le marché. Il peut être délivré uniquement à l'hôpital et non en officine, c'est pourquoi je ne m'attarderai pas sur ce traitement. (4,5,25)

1. Présentation

Le méthylphénidate (MPH) est un psychostimulant appartenant à la classe chimique des amphétamines. Les psychostimulants sont appelés ainsi car ils sont capables de stimuler l'activité nerveuse, et ainsi améliorer les fonctions d'éveil et de vigilance. C'est un médicament synthétisé sous forme racémique, mélange de l'isomère d-MPH et l-MPH.(3-5,15,24,25,27)

C'est une molécule ayant une activité sympathomimétique indirecte centrale, c'est-à-dire qu'elle stimule le système nerveux orthosympathique.(24,25) Pour rappel, notre système nerveux autonome est divisé en deux systèmes distincts : l'orthosympathique (ou sympathique) et le parasympathique (annexe 8). De façon schématisée, le système sympathique est associé aux mécanismes de survie et de défense, c'est-à-dire les activités corporelles nécessaires à faire face à un danger (stimulation des muscles striés, stimulation du cœur, stress, excitation, diminution de la douleur, dilatation de la pupille, etc.) ; tandis que le système parasympathique est associé, lui, aux mécanismes de repos (sommeil, stimulation des muscles lisses, augmentation des mécanismes de digestion, ralentissement du cœur, etc.). De manière générale, notre système nerveux fonctionne avec plusieurs neurotransmetteurs utilisés directement ou indirectement. Le système

orthosympathique, aussi appelé système adrénergique utilise notamment l'adrénaline, aussi appelée hormone du stress. Cette utilisation explique ainsi son rôle fondamental.(28)

Le mécanisme d'action du MPH, que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant, n'a pas entièrement été élucidé aujourd'hui. Par ailleurs, nous savons que le MPH est un dérivé amphétaminique : son action passerait donc sans doute par l'inhibition de la recapture de la dopamine dans la fente synaptique. Ses effets pharmacologiques seraient conférés par une augmentation de la concentration de la dopamine dans la fente synaptique, mais également de noradrénaline.(24,25)

En France, le méthylphénidate est commercialisé sous plusieurs marques, avec plusieurs dosages et avec des modes de libération différente (immédiate, modifiée ou prolongée), comme le montre la figure 5 ci-dessus. Il n'existe aucun générique de Medikinet®, Ritaline® et Quasym® actuellement. Seul un générique a été fabriqué et commercialisé depuis juin 2018 : le générique de Concerta®.

Ces médicaments sont contre-indiqués chez les enfants de moins de six ans car ils n'ont pas pu être testé sur cette population.

MARQUES	Dosages	Laboratoire
CONCERTA® comprimés	LP 18mg LP 36mg LP 54mg	Janssen-Cilag
METHYLPHENIDATE® générique Comprimés	LP 18mg LP 36mg LP 54mg	Mylan Pharma
MEDIKINET® gélules	LM 5mg LM 10mg LM 20mg LM 30mg LM 40mg	HAC Pharma

QUASYM® gélules	LP 10mg LP 20mg LP 30mg	Shire
RITALINE® gélules	10mg LP 10mg LP 20mg LP 30mg LP 40mg	Novartis

Figure 5 - Spécialités de MPH et générique

Les formes galéniques disponibles sont des comprimés ou des gélules. La molécule active étant la même pour tous, les propriétés pharmacodynamiques sont donc équivalentes. Par contre, j'ai comparé leurs paramètres pharmacocinétiques. Ils sont similaires pour les phases de distribution, de métabolisme, et d'élimination avec une pharmacocinétique linéaire pour tous ; tandis qu'il subsiste des différences quant à la phase d'absorption. Pour rappel, les formes à libérations immédiates possèdent une phase d'absorption tandis que les formes à libérations modifiées en possèdent deux. Les T-max de ces composés varient de 1 à 3 heures pour le premier pic d'absorption, et de 3 à 8h pour le second pic. Les concentrations Cmax atteintes varient également de quelques ng/mL. Ce qui est important, c'est d'observer la différence entre le Concerta LP® et les autres spécialités. Ce dernier a une action plus prolongée que les autres étant donné son deuxième Tmax (deuxième pic) atteignant 6 à 8 heures contre 3 à 5 heures pour les autres. C'est-à-dire que la molécule active sera libérée plus lentement et progressivement par rapport aux autres. Par ailleurs, son taux de liaison plasmatique reste faible, ce qui explique la grande distribution sanguine de ce produit. Autrement dit, l'activité thérapeutique de ce traitement se fait ressentir plus rapidement pour les formes à libération immédiate (environ vingt minutes), et cette action durera quelques

heures (entre 3 et 5 heures). Pour les formes à libération prolongée, l'activité mettra plus de temps à être effective, mais l'action sera plus longue (entre 10 et 12 heures), d'où cette appellation. Les posologies dépendront donc de ces paramètres, je reviendrai sur ce point plus tard. (4,5,24,25,29)

Nous pouvons également noter des différences sur d'autres éléments. Concernant la galénique, il faut savoir que les spécialités présentées sous forme de gélules peuvent être ouvertes afin d'avaler uniquement le contenu sans pour autant en changer la biodisponibilité. Par contre, les comprimés de Concerta® ne peuvent être écrasés ou cassés, car cela en modifierait la cinétique. Concernant l'alimentation, tous ces traitements ont été testés face à la prise d'un repas riche en graisse en même temps. Seuls deux d'entre eux n'ont montré aucune influence de l'alimentation, Ritaline® et Concerta®. Les deux autres, Quasym® et Medikinet®, voient leurs paramètres se modifier, notamment leur Cmax, Tmax et AUC face à un repas riche en graisse. Ils doivent donc être pris en dehors du repas, et de préférence avant ceux-ci. (24,25)

Concernant la posologie, elle va différer d'un patient à l'autre. Il n'y a pas de posologie type pour un patient type, cela peut dépendre du poids, de la clinique et de la réponse thérapeutique, propre à chaque individu. Le traitement débutera alors par une faible dose, qui augmentera progressivement par palier hebdomadaire jusqu'à atteindre la dose acceptable, améliorant les symptômes et ne provoquant pas, ou le moins possible, d'effets indésirables. En effet, d'une marque à une autre, le délai d'action et la concentration maximale obtenue diffèrent. Les posologies peuvent aussi varier d'une spécialité à l'autre. En fonction de la libération, les prises se feront une à trois fois par jour pour les libérations immédiates et une fois seulement pour les libérations prolongées, de préférence le matin. Il est également possible

d'associer les deux types de galénique si nécessaire, un traitement à libération prolongée le matin et un traitement à libération immédiate le soir. L'efficacité de ce traitement débute à 0,3mg/kg/jour et ne dépassera pas 1 mg/kg/jour, sachant que la dose maximale journalière est de 60mg.(30) Le médecin devra alors choisir entre toutes ces spécialités. Sa décision finale sera fonction des signes cliniques et de leur retentissement de ces derniers dans le quotidien du patient, du mode de vie du patient et des paramètres des différents médicaments que nous venons de voir. (4,24,25)

Comme vu plus haut, les dosages sont également différents en ce qui concerne le Concerta®. En effet, tandis que les autres médicaments sont dosés à hauteur de 5mg, 10mg, 20mg, 30mg ou 40mg ; le Concerta® lui, est dosé à hauteur de 18mg, 36mg et 54mg, tout comme son générique. Evidemment, il existe des équivalences pour pouvoir passer d'un traitement à l'autre, en fonction du dosage de méthylphénidate ingéré, comme décrit dans le RCP du générique (figure 6 ci-dessous).(30) Pareillement, pour passer d'une forme à libération immédiate à une forme à libération modifiée de Ritaline®, il existe des équivalences qui doivent être respectées.(30)

Recommandations de transposition de doses d'autres formulations de chlorhydrate de méthylphénidate en Méthylphénidate Mylan Pharma LP

Dose journalière antérieure de chlorhydrate de méthylphénidate	Dose recommandée de Méthylphénidate Mylan Pharma LP
Méthylphénidate 5 mg, 3 fois par jour	18 mg, une fois par jour
Méthylphénidate 10 mg, 3 fois par jour	36 mg, une fois par jour
Méthylphénidate 15 mg, 3 fois par jour	54 mg, une fois par jour

Le choix de la dose de RITALINE L.P., gélule à libération prolongée se base sur le tableau d'équivalence suivant:

Ancienne posologie de RITALINE, comprimé sécable	Posologie recommandée de RITALINE L.P., gélule à libération prolongée
10 mg, 2 fois par jour	20 mg en une prise par jour, le matin
15 mg, 2 fois par jour	30 mg en une prise par jour, le matin
20 mg, 2 fois par jour	40 mg en une prise par jour, le matin

Figure 6 – Equivalences de dosage de méthylphénidate entre spécialités antérieures et générique/Concerta® et entre les formes immédiates et prolongées de Ritaline®

De nombreuses études ont tenté de montrer son efficacité en comparant des groupes d'enfants atteints de TDAH recevant soit la molécule étudiée, soit un placebo. Son efficacité a plus d'une fois été démontrée à court terme, en prenant différents paramètres en compte. Les effets positifs de cette molécule concerneraient beaucoup de sphères symptomatiques pour 60 à 95% des enfants traités. A la fois sur l'impulsivité, le déficit d'attention et l'hyperactivité mais aussi sur les troubles associés, touchant la scolarité ou les relations sociales par exemple. Par contre, ses effets sur le long terme n'ont pas été montrés et avec le recul que nous avons aujourd'hui, nous aurions plutôt tendance à conclure négativement. Par l'imagerie cérébrale, les experts essayent aussi d'analyser et d'expliquer le mécanisme d'action de cette molécule. Les recommandations concernant la prise de ce traitement vont dans le sens d'une utilisation courte de ce produit. (3-5,20,24,25)

Le méthylphénidate est surtout métabolisé par le foie mais ne fait pas intervenir les cytochromes p450. Le métabolite formé, l'acide α -phényl 2-pipéridine, est inactif. Son élimination sera faite sous 48 à 96 heures dans les urines à 98%, contre 2% dans les fécès.(24)

Enfin, le traitement doit être adapté et personnalisé à chaque patient, en fonction de sa pathologie, ses comorbidités et son mode de vie.(3,5)

2. Réglementation

Le méthylphénidate est classé parmi les médicaments stupéfiants.(24,25) Il possède donc une réglementation stricte et une surveillance de son utilisation. Une prescription annuelle initiale est demandée et elle doit être hospitalière, par un spécialiste de neurologie, psychiatrie ou pédiatrie. Le renouvellement pourra être fait par ce même spécialiste ou le médecin traitant dans l'année en court. Puis, chaque

année, l'ordonnance doit être rééditée par le spécialiste.(31) Cela permet le suivi régulier, l'analyse de la balance bénéfice-risque par rapport au traitement prescrit, l'évaluation de son efficacité et de sa tolérance, et ainsi la certitude de sa pertinence.

Les prescriptions ne peuvent pas excéder vingt-huit jours, et doivent être rédigées sur des ordonnances sécurisées. Suite à la rédaction de celle-ci, le patient a exactement trois jours pour aller récupérer son traitement à sa pharmacie afin de l'avoir en totalité, c'est-à-dire pour vingt-huit jours. Si la délivrance a lieu après les trois jours de délai autorisé, le patient ne pourra pas récupérer la totalité de son traitement, mais seulement la partie restante à partir de la date où il se présente. Aussi, deux prescriptions ne peuvent pas se chevaucher. C'est aux pharmaciens de gérer et vérifier ces données. En plus, il est nécessaire que le nom du pharmacien qui délivrera ce traitement soit présent sur l'ordonnance. (31)

Concernant les conditions de délivrance, ce sont les mêmes règles pour tous les médicaments stupéfiants : notions de délivrance écrites en rouge sur l'ordonnance, dispensation à l'unité et conditionnement particulier si le médicament doit être déconditionné. Toute sa réglementation peut être retrouvée sur le site Meddispar.fr. (31)

C'est donc une thérapeutique qui demande une grande vigilance de la part de tous les professionnels de santé, et nous détaillerons pourquoi ci-après.

3. Statistique d'utilisation

Le méthylphénidate est une molécule connue et commercialisée dans le monde entier. Cependant, les fréquences d'utilisation sont très variables d'un pays à l'autre. La comparaison nous montre que la France

possède un faible taux de consommation de MPH face aux Etats-Unis ou aux pays scandinaves.(15,16,27)

Les figures ci-dessous (numéros 7 à 10) ont été extraites du document de l'ANSM concernant le méthylphénidate et son utilisation.(27)

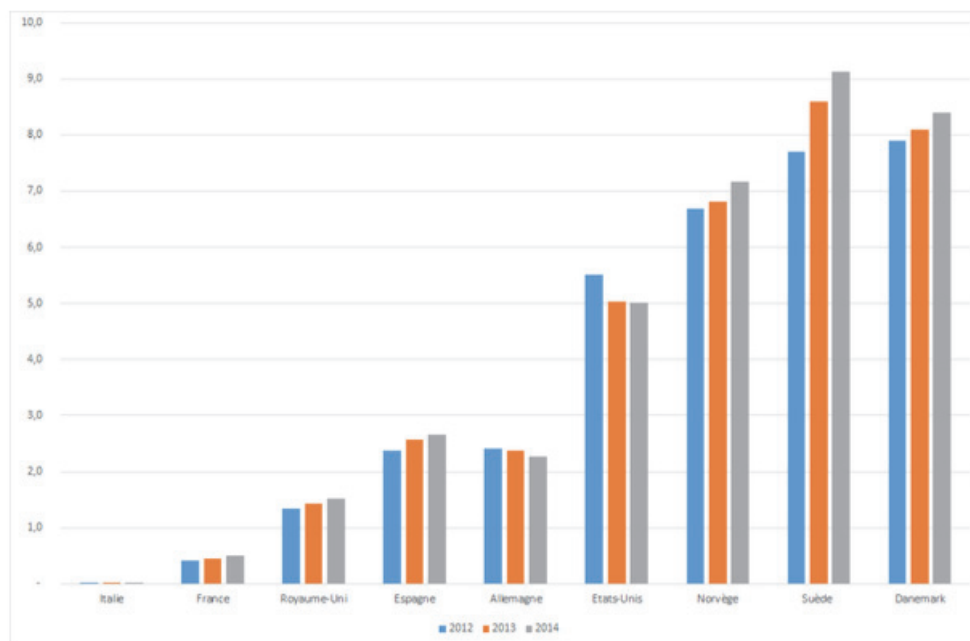


Figure 1. Nombre de DDJ pour 1 000 habitants et par jour au cours de la période 2012-2014 (IMS-MIDAS, 3 bases scandinaves⁹)

Figure 7 - Extrait n°1 du document de l'ANSM

En France, la commercialisation du méthylphénidate a commencé en 1996. Depuis cette date, sa consommation n'a cessé d'augmenter, passant de 26 000 boîtes vendues en 1996 contre 220 000 en 2005 et 600 000 en 2014.

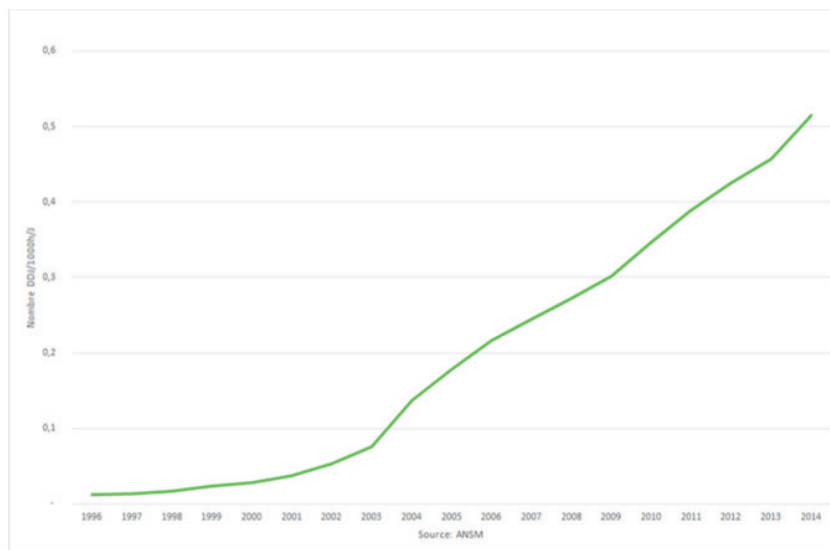


Figure 2. Evolution des ventes en France exprimées en nombre de DDJ pour 1000 habitants et par jour (déclaration de ventes)

Figure 8 - Extrait n°2 du document de l'ANSM

Pareillement, la consommation diffère d'un sexe à l'autre puisqu'il y a eu davantage de prescriptions pour les hommes que pour les femmes.

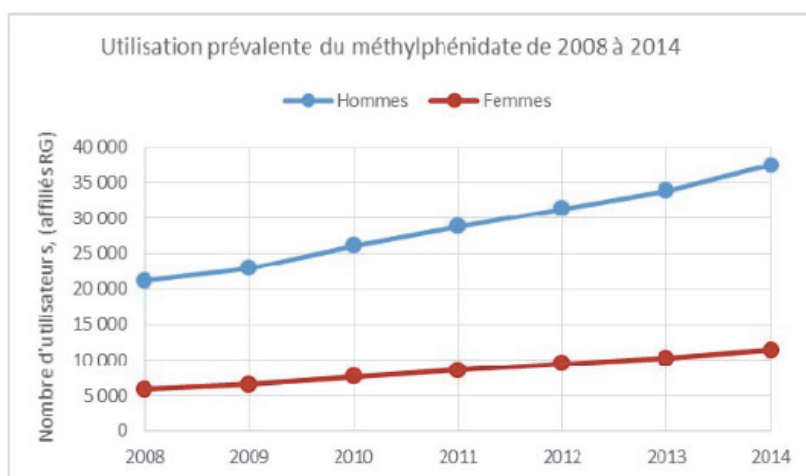


Figure 3. Evolution du nombre d'utilisateurs prévalents de méthylphénidate de 2008 à 2014 selon le sexe (données SNIIRAM, Régime Général)

Figure 9 - Extrait n°3 du document de l'ANSM

Concernant la mise en route du traitement, elle concerne majoritairement les enfants de 6 à 11 ans, et elle augmente chaque année ; et la durée moyenne d'utilisation a été calculée à 1,6 an.

4. Effets indésirables, contre-indications, interactions et mises en garde

i. Effets indésirables

Comme tout médicament, le méthylphénidate peut provoquer un certain nombre d'effets iatrogènes, qu'il sera important de connaître et de vérifier à chaque dispensation car ils peuvent être plus ou moins graves. Ces effets touchent plusieurs sphères : la sphère neuropsychiatrique, la sphère staturo-pondérale, la sphère cardiaque et vasculaire. La surveillance de l'apparition de ces effets doit être faite régulièrement afin de les prévenir ou d'adapter le traitement prescrit en fonction. La figure ci-dessous est également extraite du document de l'ANSM concernant le MPH et son utilisation. (3,4,24,25,27,32)

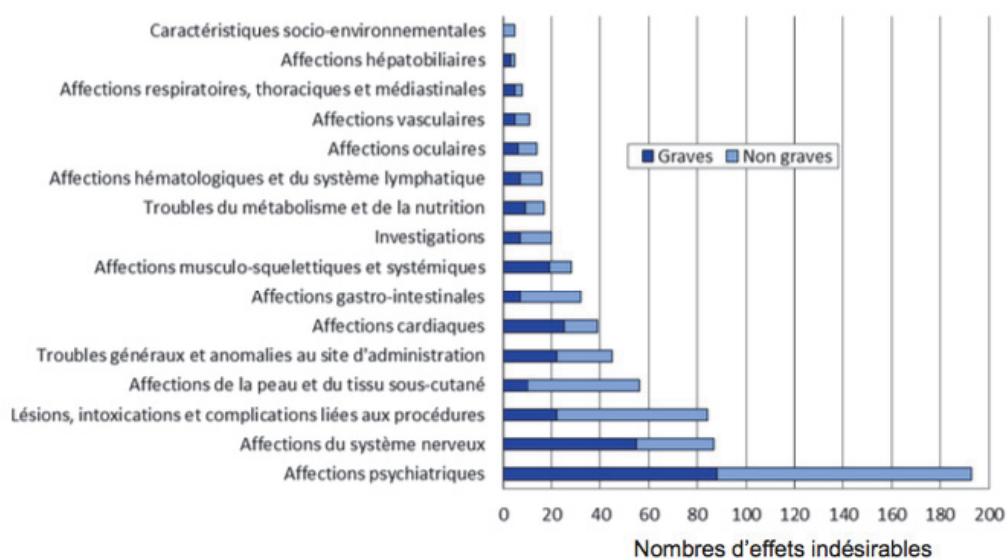


Figure 7. Nombre d'effets indésirables rapportés à la Base nationale de pharmacovigilance au 30 Juin 2015 depuis la commercialisation du méthylphénidate en France

Figure 10 - Extrait n°4 du document de l'ANSM sur le MPH

Concernant la sphère neuropsychiatrique dans un premier temps, les principaux effets indésirables que nous retrouvons sont l'agressivité, la violence, l'anxiété, l'agitation, la dépression avec des tendances suicidaires, l'apparition ou l'aggravation de syndromes psychotiques

(troubles bipolaires, schizophrènes), les troubles du comportement, les troubles convulsifs ou encore les hallucinations (visuelles, auditives). Certains symptômes de TDAH peuvent alors être aggravés à cause de ces derniers. Les antécédents de chaque patient doivent surtout être analysés afin de limiter les risques d'aggravation ou d'apparition de certains troubles. Néanmoins, ces effets dépendent du médicament utilisé et du patient concerné, et peuvent être plus ou moins importants. Dans les données de pharmacovigilance, les effets iatrogènes neuropsychiatriques représentent 48% des événements indésirables retrouvés. D'autres effets indésirables, moins graves, sont présents : les céphalées, les somnolences, les dyskinésies, les troubles extrapyramidaux. (2,3,8,18,19,21,25,26)

Concernant la sphère cardiovasculaire dans un deuxième temps, les effets iatrogènes peuvent se présenter comme des troubles de la fréquence ou du rythme cardiaque (tachycardie, palpitations), avec notamment un effet sur la pression artérielle (hypertension), ou une hypertension pulmonaire, rapportée uniquement en cas de surdosage. Les antécédents et l'état cardiovasculaire des patients doivent également être analysés afin de limiter les risques cardiaques potentiels. (3,4,15,24,25,32,34)

Concernant la sphère staturo-pondérale dans un dernier temps, un ralentissement de la croissance peut être observé suite à la prise de méthylphénidate. Nous pouvons aussi noter des myalgies, des arthralgies et des faiblesses musculaires. C'est pourquoi, la croissance de l'enfant traité doit être surveillée régulièrement afin d'apprécier les évolutions de taille, de poids, et les capacités musculaires (afin d'éviter d'éventuelles blessures). En revanche, le MPH ne provoquerait pas de changements sur les taux de testostérone chez l'Homme, et aucune baisse de volume de la substance grise chez l'adulte, malgré les études portées à ces sujets. (4,15,24,25,27,32,35)

Par ailleurs, d'autres effets indésirables, moins graves, ont été rapportés. Nous retrouvons les rhinopharyngites, les toux, les douleurs pharyngolaryngées, les allergies, les urticaires, les rashes, ou les troubles digestifs et surtout, une diminution de l'appétit, qui est très souvent observée. Cette diminution pouvant, à plus ou moins longs termes, entraîner un amaigrissement, voire une dénutrition.

ii. Contre-indications

Après avoir décrit les effets indésirables potentiels de ce traitement, nous pouvons facilement comprendre et distinguer les contre-indications liées à celui-ci. Déjà, la prise de MPH est contre-indiquée pendant la grossesse en raison des toxicités cardiorespiratoires sur le bébé. Pendant l'allaitement également car le médicament passe dans le lait maternel et des cas de diminution de croissance des nourrissons ont été remarquées.(24) Ce traitement est également contre-indiqué, mise à part chez les enfants de moins de six ans, en cas de pathologies cardiovasculaires, de glaucome, les patients traités par traitements sympathomimétiques ou traitements IMAO, les patients présentant des troubles cérébrovasculaires ; et en cas d'antécédents de troubles neuropsychiatriques (tentatives de suicides, dépressions, troubles psychotiques).(24,25)

iii. Interactions médicamenteuses

Le méthylphénidate ne fait pas intervenir les cytochromes p450 lors de sa métabolisation, il n'y aura donc pas d'interactions avec les médicaments les faisant intervenir. Cependant, certains médicaments doivent être évités lors de la prise de ce traitement.(24,25)

STADE	MEDICAMENTS	RISQUES
Contre-indications	Sympathomimétiques indirects et alpha	Vasoconstriction, poussées hypertensives
	IMAO irréversibles (non sélectifs)	Hypertension paroxystique, hyperthermie
Déconseillés	Alcaloïdes de l'ergot de seigle dopaminergiques ou vasoconstricteurs	Vasoconstriction, poussées hypertensives
	IMAO-A réversibles	Vasoconstriction, poussées hypertensives
Précautions d'emploi	Anesthésiques volatils halogénés	Poussées hypertensives peropératoire
A prendre en compte	Agonistes α_2 adrénergiques centraux, antihypertenseurs, médicaments augmentant la pression artérielle, médicaments dopaminergiques	

En plus, et comme pour tout traitement, le MPH ne devra pas être pris en même temps que des médicaments qui limiteraient son absorption (alginates, charbon, Smecta®...). Il est préférable de vérifier auparavant les compatibilités pharmacocinétiques afin de déterminer les intervalles de prises, le cas échéant.

iv. Mises en garde

Déjà, la consommation d'alcool peut accentuer les effets indésirables du MPH, surtout les effets centraux (confusions, hallucinations, troubles mnésiques). Il sera donc déconseillé d'associer alcool et méthylphénidate.(24)

De manière générale, les mises en gardes proposées dans la monographie du méthylphénidate concernent les effets indésirables et leur surveillance. Ils décrivent également la possibilité de troubles

visuels, de vertiges ou de somnolence lors de la conduite de machines ou de véhicules. Il faut donc être vigilant sur ces points en ce qui concerne les adultes. (24)

Cependant, la principale mise en garde de ce produit concerne les abus potentiels et les éventuels surdosages et intoxications. Les abus relevés pour ce traitement sont majoritairement ponctuels et expérimentaux. D'après les études épidémiologiques, ces abus sont rares et non réguliers, mais présents même s'il est difficile de l'évaluer ; pareillement pour les cas d'intoxication.(4,5,24,34) Par contre, la prise de ce traitement diminuerait les risques d'intoxication à l'alcool ou aux substances illicites chez les patients traités. (4)

Dans un rapport publié en 2014, l'OICS remarque que les abus sont nombreux chez les adolescents et jeunes adultes traités par MPH. Il semblerait que ce soit l'effet stimulant de ce traitement qui soit convoité, pour augmenter les capacités concentration et diminuer la fatigue. Les psychostimulants sont utilisés par les étudiants en période d'examens pour leur effet sur la concentration mais peuvent aussi être utilisés en soirée à des fins toniques et récréatives. (12,22,32,36)

Les effets provoqués suite à une intoxication varient en fonction de la dose ingérée et du patient. Nous retrouvons les symptômes présentés auparavant dans les effets indésirables. La figure 11 ci-dessous est issue des données du centre antipoison du Québec. (32)

Tableau 2 - Signes et symptômes d'une intoxication au méthylphénidate (amphétamines)

Toxicité légère	Toxicité modérée	Toxicité sévère
Euphorie	Agitation franche	Hyperthermie
Hypervigilance	Paranoïa	Acidose métabolique
Bruxisme	Hallucinations	Rhabdomyolyse
État de conscience altéré	Diaphorèse	Hyperkaliémie
Tachycardie	Vomissement	Insuffisance rénale aigüe
Hypertension artérielle	Douleur abdominale	Coma
	Palpitations	Convulsions
	Douleur rétrosternale	

Figure 11 - Toxicités du MPH

5. Le méthylphénidate : sujet de controverses, de contestations et de craintes

Pareillement au TDAH, le méthylphénidate est une molécule qui est loin de faire l'unanimité auprès de la population. Même si son efficacité a été prouvée pour la prise en charge de ce syndrome, son utilisation reste contestée et nous allons voir pourquoi. (3,4,7,12)

L'argument qui est présenté en premier - et c'est sans doute l'argument majeur pour chaque débat au sujet d'un médicament - est celui décrivant les activités des laboratoires pharmaceutiques et les conflits d'intérêt qui s'en suivent : le « Big Pharma ».(37,38) Il est assez facile d'ailleurs de trouver des sources sur internet concernant ce « Big Pharma » et cette théorie du complot, puisque cette recherche sur Google donne 140 milliards de résultats. En effet, et comme nous l'avons vu pour le TDAH, les laboratoires pharmaceutiques sont accusés d'inventer certaines maladies - le « psychomarketing » (12) - ou d'en aggraver l'existence afin de permettre la commercialisation et la vente des médicaments qu'ils produisent dans leurs usines. En effet, pour fabriquer et vendre un produit, il faut un consommateur ; et dans le cas des médicaments, les consommateurs sont les patients. En insistant donc sur l'existence de ce syndrome et de la gravité de ses conséquences, les patients n'auraient pas d'autre choix que d'avoir recours à une prise en charge thérapeutique, dans l'espoir de ne pas souffrir de cette pathologie. Concernant le TDAH, la seule prise en charge médicamenteuse qui existe aujourd'hui, et qui a une AMM, c'est l'utilisation du méthylphénidate. Nous comprenons alors tout l'intérêt des détracteurs du TDAH d'introduire ce sujet du « Big Pharma ». (7,11,12) A travers ce phénomène complotiste, il existe de nombreuses sources décrivant certaines études pharmaceutiques qui auraient été

financées par des laboratoires pharmaceutiques ; par exemple en ce qui concerne les études sur le cholestérol, facilement trouvable sur internet.(39-41) Pour certains auteurs, il serait donc nécessaire de s'interroger sur la validité de ces études et de leurs résultats. Malheureusement, ce genre de conflit d'intérêt existe aujourd'hui et il reste difficile à étudier ; ils peuvent à la fois concerner les laboratoires pharmaceutiques comme les professionnels de santé.(12)

Aux Etats-Unis, des publicités concernant le TDAH et ce traitement sont diffusées dans les médias, et elles sont financées par les laboratoires pharmaceutiques. Comme observé précédemment, l'utilisation de ce médicament est en augmentation dans un certain nombre de pays. Alors comment pourrions-nous expliquer la croissance mondiale de sa consommation ? Serait-elle liée à ce phénomène de « mode » du TDAH et de la nécessité de sa prise en charge ? Ou serait-elle simplement expliquée par une meilleure connaissance du syndrome et du traitement ? Ces publicités mettent en avant le méthylphénidate et son efficacité, elles le présentent comme « la solution miracle » au TDAH, et soulignent l'exclusivité de son indication. Or, le MPH n'est pas un traitement curatif. Ce médicament permet uniquement de limiter les symptômes et d'améliorer la qualité de vie des patients. Mais la mise en avant de ce syndrome et de ce traitement dans les médias pourrait-elle réellement conduire à des excès d'utilisation chez les enfants ? Ces mêmes auteurs s'accordent à dire que oui. (7,12)

Alors, ils considèrent que les enfants seraient sur-diagnostiqués et sur-traités, surtout aux Etats-Unis. Effectivement, 11% des enfants entre 4 et 17 ans seraient diagnostiqués TDAH et 6% de ces enfants diagnostiqués seraient traités par MPH. En revanche, 20% des adolescents ont été diagnostiqués TDAH alors que déjà 10% d'entre eux consommeraient du MPH. Contrairement, en France le diagnostic a été posé pour 3 à 6% des enfants, dont 36% de ces derniers diagnostiqués sont traités par MPH.(12,14)

Ensuite, le méthylphénidate est indiqué pour traiter le TDAH chez les enfants à partir de 6 ans et les adolescents mais uniquement pour les cas sévères et chroniques. C'est-à-dire qu'il ne peut être prescrit pour tous les patients atteints de TDAH. Selon certains auteurs, cette indication ne serait pas respectée puisqu'il y aurait une sur-prescription de ce produit aujourd'hui.(7,12,24)

D'autre part, ce traitement n'a prouvé son efficacité que sur le court terme uniquement. Son utilisation sur le long terme serait-elle donc justifiée ? (7,24)

Après, ils ne pourraient pas parler de cette molécule sans évoquer ses effets indésirables. Comme nous l'avons vu au-dessus, les effets indésirables qu'ils provoquent sont nombreux et peuvent être plus ou moins graves. Il est donc fondamental que la balance bénéfice-risque soit évaluée avant de prescrire ce traitement et tout au long de la prise en charge, et que le patient soit suivi régulièrement. Certains auteurs considèrent que les effets indésirables de ce traitement seraient bien plus présents que ses bénéfices et que, par conséquent, les enfants n'auraient pas à subir ces effets néfastes, surtout quand il s'agit d'une « pseudo-maladie ».(12,24,27,32)

Nous l'avons vu, le TDAH est un syndrome dont la prise en charge est compliquée. Aussi bien par les techniques non médicamenteuses, qui demandent de l'implication, que par la prise en charge médicamenteuse, qui nécessite de la vigilance.(3,12,31) Le MPH doit être prescrit uniquement si les autres moyens de prise en charge, non médicamenteux, n'ont pas été efficaces. Or, pour les détracteurs du MPH, ces techniques seraient inadaptées à la vie quotidienne et scolaire des enfants, et ainsi ne pourraient promettre des résultats satisfaisants. Face à ces méthodes inefficaces, les patients se retrouveraient sans autre choix que d'être traités par MPH ; ce qui expliquerait aussi cette surconsommation.(12) En plus, l'utilisation du MPH permettrait un certain soulagement pour le patient et l'entourage de celui-ci ; même

une déculpabilisation : « ce n'est pas ma faute, seul le traitement peut être efficace, mon état ne peut pas s'améliorer sans ». Mais parfois, ces sentiments sont nécessaires pour l'amélioration de la qualité de vie des patients. (12)

Enfin, et c'est un sujet d'actualité, le MPH pourrait conduire à des mésusages et des abus. Ce psychostimulant permet de calmer les symptômes du TDAH mais il permet également d'améliorer leurs performances scolaires, notamment grâce à de meilleures facultés de concentration, comme je l'ai souligné plus haut. L'utilisation du MPH est donc parfois détournée et cela malgré les risques encourus. Utilisé à des fins scolaires ou récréatives, le méthylphénidate présenterait un certain nombre d'effets intéressants pour la population jeune, la plus touchée par les phénomènes d'abus et de mésusage. La vigilance de l'entourage de ces patients est donc fondamentale. (3-5,7,12,15,22,27,32,36)

CHAPITRE 2 :

Réalisation et analyse du questionnaire

I. Problématique de l'étude

Comme je l'ai présenté dans le premier chapitre, le TDAH fait l'objet de polémiques aujourd'hui, et ceci pour de nombreuses raisons. Traitement de référence du TDAH, le MPH est tout autant impacté par ces controverses.

J'ai aussi expliqué que ces débats pouvaient toucher à la fois les patients et leur environnement, mais également les professionnels de santé. Je vais m'intéresser dans cette partie aux pharmaciens d'officine uniquement et les effets que ces discussions pourraient avoir sur ces professionnels. En effet, le pharmacien d'officine a un rôle clé dans la prise en charge du patient, entre autres grâce au monopole pharmaceutique. Eux seuls peuvent délivrer les médicaments nécessaires au traitement d'une pathologie, tout en validant leur bonne utilisation, leur efficacité, leur tolérance et l'observance du patient. C'est pourquoi les pharmaciens d'officine doivent faire preuve de professionnalisme et d'objectivité à chaque instant, en s'appuyant sur des arguments scientifiques et des conseils validés. Les pharmaciens sont des professionnels de santé, mais ce n'est pas pour autant que nous devons en oublier leur humanité. Comme tout le monde, nous avons des idées et des avis personnels sur le monde qui nous entoure. C'est pourquoi, face à ces polémiques actuelles, il est important de pouvoir faire la différence entre nos points de vue professionnels et personnels, afin de garantir la meilleure prise en charge possible du patient.

En réalité, il est parfois difficile de garder une attitude neutre face aux polémiques et aux interpellations des patients. Par exemple, nous l'avons vu pour l'affaire du Levothyrox®. Les pharmaciens ont été les principaux professionnels vers lesquels les patients ont pu se retourner et parfois se plaindre. Face à l'ampleur du phénomène, l'impartialité des

pharmaciens d'officine fut mise à rude épreuve. Pourrait-il en être de même concernant le TDAH et son traitement ?

Par ailleurs, et selon le retour de quelques patients, il semblerait que certains pharmaciens se soient montrés sceptiques ou réticents pendant certaines dispensations de MPH, et pour des raisons que nous ignorons. Je n'ai malheureusement pas de chiffres exacts à donner, ces données n'étant pas précisément mesurables. Néanmoins, ces retours existent. Alors, à quoi sont-ils dus ? Peut-être un manque de connaissance sur la pathologie ou sur le traitement de référence ? Ou bien par sécurisation ou précaution face à une quelconque dangerosité ou possibilité de mésusage du MPH ? Dans ces cas, nous pourrions penser que les points de vue personnels l'aient emporté sur les points de vue professionnels.

II. Objectifs de l'étude

La problématique pourrait s'appliquer à tous les domaines de la santé, à toutes les pathologies et à tous les traitements. Mais ici, j'ai voulu étudier l'influence des représentations des pharmaciens d'officine sur le TDAH et le MPH sur leurs méthodes de dispensation. C'est un syndrome que nous rencontrons peu, mais qui est pourtant de plus en plus présent. De plus, la réglementation du traitement ne facilite pas son obtention pour les patients, ni l'indifférence des pharmaciens. Face à un médicament stupéfiant, la vigilance de ces derniers est toujours accentuée.

Alors l'impartialité des pharmaciens est-elle sans failles ? Les connaissances et compétences permettent-elles, à elles seules, de se créer un avis indépendant des polémiques ? Peuvent-ils dans toute situation faire la part des choses entre avis professionnels et personnels ? Est-ce que le côté humain n'est pas plus fort que le côté

professionnel au quotidien ? La neutralité et l'objectivité d'un professionnel de santé peuvent-elles être altérées face aux polémiques en vigueur ? Les représentations des pharmaciens d'officine au sujet de celles-ci n'influencent-elles pas leur façon de délivrer certains médicaments ? N'influencent-elles pas la prise en charge globale d'un patient ? Ces interrogations restant très vastes, nous ne pourrions pas tout développer ici. Le questionnaire réalisé tente alors d'analyser et d'évaluer ces aspects de la profession dans le cas précis de la prise en charge du TDAH (annexe 9).

III. Matériels et méthodes

1. Elaboration du questionnaire

La création de ce questionnaire a duré deux mois, en étroite collaboration avec le docteur Hugues DESOMBRE, pédopsychiatre exerçant à l'hôpital femme Mère Enfant à Bron (69).

Nous voulions un questionnaire simple et rapide à remplir, afin de pouvoir obtenir un maximum de réponse. En effet, les pharmaciens d'officine, ciblés par ce questionnaire, n'ont pas toujours le temps de répondre à ce type d'étude. C'est pourquoi notre enquête était composée de questions dont les réponses étaient à cocher. Certaines étaient des questions à réponses simples ou multiples, tandis que d'autres se basaient sur la méthode de Likert. C'est-à-dire qu'elles présentaient différents grades de réponses de type « pas du tout d'accord », « plutôt pas d'accord », « sans opinion », « plutôt d'accord », « tout à fait d'accord ». D'autres proposaient des réponses chiffrées permettant de mesurer leurs connaissances par exemple, allant ainsi de 1 (aucune connaissance) à 5 (très bonnes connaissances). Cette enquête s'est composée de dix-huit questions, divisées en trois rubriques. La

première rubrique visait à étudier les situations professionnelles des pharmaciens interrogés : sexe, localisation, statut et le nombre d'année d'expériences. La seconde rubrique visait à comprendre et évaluer les représentations de ces derniers concernant le TDAH. Et les représentations concernant le MPH sont étudiées dans la troisième et dernière rubrique.

J'ai pu réaliser ce questionnaire en ligne, à l'aide de Google Forms. Cette application Google est gratuite et peut être utilisée par tout individu possédant un compte Google. Ces premiers points étaient donc parfaits pour réaliser cette enquête. De plus, ce site propose directement un lien à la fin de la création, qui permet de partager cette enquête via Internet et ceci simplement et rapidement. Et ce lien restera intact, malgré les modifications faites au questionnaire. Enfin, cette application traduit directement toutes les réponses obtenues en pourcentages et en graphiques. Autrement dit, cela facilite énormément la tâche de l'analyse des résultats ; résultats qui pouvaient aussi être visibles à la fin du questionnaire pour ceux qui y répondent. Cette méthode de réalisation de questionnaire semblait donc être la méthode la plus facile d'utilisation, pour nous et pour les répondants.

2. Envoi du questionnaire

Il y a plusieurs méthodes possibles pour communiquer avec les pharmaciens d'officine afin de leur soumettre notre questionnaire. Quatre possibilités s'offraient à moi : par téléphone, par mail, par courrier ou de vive voix en allant à leur rencontre.

Face à toutes ces possibilités, j'ai décidé d'envoyer ce questionnaire par mail : cette méthode gratuite paraissait la plus rapide et la plus simple d'utilisation. En plus, et dans le cadre de mon stage hospitalier

de cinquième année de pharmacie au Groupement Hospitalier Est (GHE) à Bron (69), j'ai pu avoir accès à un certain nombre d'adresses mails. J'ai pu profiter de l'existence d'une base de données contenant tous les mails des pharmacies d'officine de la région Rhône-Alpes. En effet, cette base de données a été créée avant le regroupement des régions Auvergne et Rhône Alpes. Grâce à M. Xavier DODE, pharmacien au GHE et Karine LHUILLIER, secrétaire à la pharmacie à usage intérieur du GHE, j'ai pu bénéficier de cette base de données et ainsi envoyer le questionnaire à toutes ces adresses mails.

3. Echantillon

Dans la base de données, plus de deux milles adresses mails étaient présentes. Il a été nécessaire de faire un premier tri, ce qui nous a permis de supprimer les éventuels doublons, et de garder une seule adresse mail par officine, surtout lorsqu'il y avait plusieurs titulaires présents et ainsi plusieurs mails existants. A la fin, nous avons 1917 adresses mails. Ce nombre étant très important, la méthode d'envoi nous a demandé réflexion et a demandé beaucoup de temps et de patience. L'envoi a été réalisé fin juin. J'ai ensuite pu récupérer l'ensemble des réponses début août.

J'ai obtenu, après un mois et demi d'attente, 361 réponses à mon questionnaire, soit un taux de réponse à 18.8 %. Le taux peut paraître faible, mais la quantité reste très importante pour une enquête de cette envergure. Ce nombre de retours me permet ainsi d'avoir un échantillon sans doute représentatif de l'avis des pharmaciens d'officine exerçant en Auvergne Rhône-Alpes.

Nombre de question	18
Formation du questionnaire	En ligne
Méthodes d'envoi	Mails
Nombre d'envoi	1917
Zone concernée	Région RA
Temps de réponse	1,5 mois
Nombre de réponses	361
Taux de réponses	18.8%

Figure 12 : Récapitulatif des données de l'enquête

4. Réponses et méthode d'analyse des données

Comme expliqué plus haut, le plus gros du travail, c'est-à-dire le tri des réponses, a été fait en partie par Google Forms. Après vérification de l'exactitude des résultats et des graphiques, j'ai pu me fier à cette application internet. Au départ, je n'ai repris l'analyse que d'une seule question uniquement : celle concernant les codes postaux. En effet, dans mon questionnaire, je demandais simplement aux pharmaciens de remplir manuellement leurs codes postaux, afin d'avoir une idée de la localisation de leur pharmacie et de pouvoir mettre en évidence, s'il y en a, les différences interdépartementales. Après réflexion et analyse du questionnaire, il aurait semblé plus simple de leur demander directement leurs départements d'exercice. Suite à cela, j'ai alors réalisé un tableau Excel afin de trier mes données et de les transformer en graphiques. La tâche a été plus compliquée que prévu car les réponses données par Google Forms se présentaient sous forme de tableau Excel assez difficile à déchiffrer (Figure 13 ci-dessous).

département d'exercice de chacun – surtout pour comparer le niveau de connaissances -. Par la suite, j'ai également tenu à comparer ces réponses en fonction de la zone d'exercice : en milieu rural, en milieu urbain ou dans un centre commercial. Cela nous permettrait alors d'avoir une vue d'ensemble sur les connaissances théoriques que prétendent avoir les pharmaciens d'officine, et de réaliser ainsi une comparaison interdépartementale de celles-ci. En effet, Google Forms me proposait une analyse des réponses une à une, mais ne me proposait pas d'analyser certaines réponses en fonction des réponses précédentes. J'ai ainsi dû reprendre toutes les réponses une à une pour en extraire le département d'exercice et les réponses aux trois questions de connaissances concernant à la fois le MPH et le TDAH. Pour cela, je me suis aidée de tableaux Excel que j'ai d'abord rempli à la main pour ensuite le remplir sur mon ordinateur et ainsi faire les calculs des totaux et pourcentages. Ce fut un travail long et méthodique, mais qui à porter ses fruits car, nous le verrons, il y a certaines différences interdépartementales que nous pourrions noter.

J'ai également voulu comparer les différents résultats entre les pharmaciens titulaires et les pharmaciens adjoints. Cependant, sur ce dernier point les réponses ne différaient pas réellement d'une question à l'autre, les proportions restaient semblables, je n'ai pas donc pas tenu compte de cette comparaison pour l'analyse de mes réponses.

Enfin, il m'a semblé intéressant d'étudier les réponses obtenues en tenant compte cette fois-ci des années d'expérience professionnelle de chacun puis en fonction des sexes des répondants. En effet, pour certaines questions, il peut être curieux d'analyser les différences en fonction du nombre d'année d'exercice officinal ou du sexe. Il a donc fallu que je reprenne mon tableau de réponses et ainsi analyser une à une les réponses de chacun – en me focalisant sur les questions de connaissances. Concernant les questions étudiant l'influence de leurs représentations sur leur exercice professionnel, la réticence ou les

difficultés qu'ils peuvent rencontrer face au MPH, je n'ai comparé que les années d'expérience. Même si, globalement, les différences restent faibles et inconstantes, nous verrons qu'il en existe tout de même.

Face à toutes ces analyses, il sera alors important de réaliser un bilan général pour pouvoir conclure sur l'état actuel des représentations de ces pharmaciens d'officine, et de leur exercice professionnel.

IV. Présentation et discussion des résultats

Il est maintenant temps d'exposer ici toutes les réponses obtenues sous forme de tableaux ou de graphiques pour pouvoir les interpréter. Dans cette partie, je ne me contenterai pas uniquement de présenter ces réponses, je réaliserai l'analyse de celles-ci en même temps. Je rappelle que l'ensemble du questionnaire est disponible en annexe.

En plus, et comme expliqué précédemment, j'ai tenu à aller plus loin dans les résultats. J'ai alors comparé les réponses en fonction des départements d'origine ainsi que la zone d'exercice, du sexe des répondants et des années d'expériences.

Pour les questions concernant les connaissances et compétences, j'ai regroupé les réponses 1 à 3 (aucune connaissance à connaissances moyennes) ensemble et les réponses 4 et 5 (bonnes et très bonnes connaissances) ensemble. Je considère que les connaissances égales ou inférieures à 3 sont des connaissances insuffisantes, tandis que celles supérieures ou égales à 4 peuvent être satisfaisantes et suffisantes.

Pareillement, j'ai voulu comparer les méthodes d'exercice des pharmaciens d'officine en fonction de leurs années d'expériences, notamment en ce qui concerne l'influence de leurs représentations, leurs difficultés et leur réticence face aux patients. J'ai alors regroupé les réponses 1 et 2 ensemble (1 : pas du tout et 2 : rarement) et les

réponses 3, 4 et 5 ensemble (3 : quelque fois, 4 : souvent et 5 : toujours). En effet, pour moi, les réponses 1 et 2 reflètent les exercices étant le moins influencés par les représentations personnelles, par rapport aux autres. Je reviendrai sur ces explications au cours de l'exposition des résultats.

Pourtant, il y a certaines limites et biais à l'interprétation des résultats : le caractère subjectif des réponses et l'absence de liberté d'expression par rapport aux représentations. En effet, je n'ai pas tenu à évaluer les connaissances avec des questions théoriques car ce n'était pas l'objectif principal de ma thèse. J'ai donc demandé aux pharmaciens d'officine de s'auto-évaluer quant à leurs connaissances et compétences, en s'attribuant une note allant de 1 à 5. Ainsi, cette note ne se base sur aucun barème ni aucune analyse théorique de connaissance. Je me baserai donc sur ces réponses subjectives, en les considérant franches et honnêtes. Par contre, elles ne pourront pas nous permettre de conclure sur le taux de connaissances réelles des répondants. En plus, les fourchettes de chiffres données dans la question sur le nombre de dispensation par mois ne sont pas claires et pas assez précises : 0, Entre 1 et 3, Entre 3 et 5, Entre 5 et 10, Plus de 10. En effet, un pharmacien réalisant 3 ou 5 dispensations par mois peut se trouver dans deux tranches différentes ; le choix de réponse de ceux-ci leur sera propre et les résultats obtenus pourront ainsi porter à confusion. Par exemple, un pharmacien réalisant 3 dispensations par mois se trouvera soit dans la tranche « entre 1 et 3 » soit dans la tranche « entre 3 et 5 » : la différence entre les deux fourchettes est notable et importante pour le questionnaire. Ce biais pourra ainsi avoir des répercussions sur l'analyse des réponses. Enfin, les propositions des représentations présentes dans ma thèse ont été décidées par le docteur DESOMBRE et moi-même. Les répondants ne peuvent alors pas exprimer leurs représentations personnelles mais se les voient imposées.

Il sera donc nécessaire de prendre en compte tous ces biais lors de l'analyse de cette enquête.

Voici les résultats de mon questionnaire.

1. Statuts des répondants

Commençons par distinguer les différents profils de répondants. Déjà, la majorité des sondés sont de sexe féminin (Figure 15) ; ces données ne sont pas étonnantes étant donné que 67,3% des pharmaciens d'officine sont des femmes. (42)

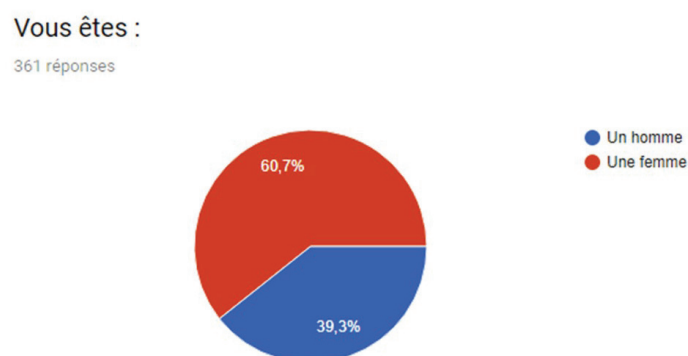


Figure 15 - Sexes des pharmaciens ayant répondu

Pour la localisation de ces dernières, nous avons plutôt un équilibre entre les pharmacies rurales et urbaines (Figure 16) ; et très peu étant situées dans des lieux commerciaux et touristiques.

Vous travaillez dans une officine :

361 réponses

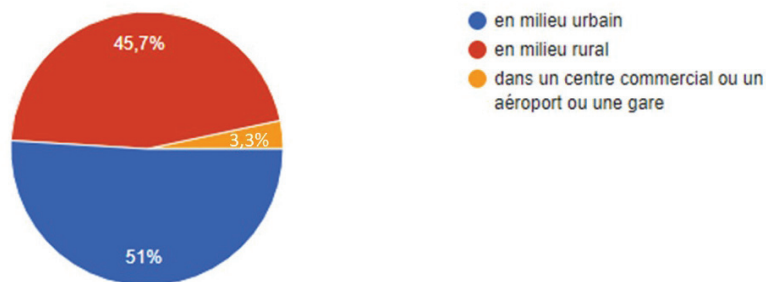


Figure 16 - Localisation de l'officine des répondants

Les localisations géographiques obtenues sont cependant assez différentes (Figure 17 et 18). Le département le plus représenté est le département du Rhône (35%), puis l'Isère (13%) et la Loire (12%) ; contrairement à l'Ardèche (5%). Les valeurs représentant les autres départements (Ain, Drôme, Savoie et Haute-Savoie) sont à peu près équivalentes (entre 7 et 10%).

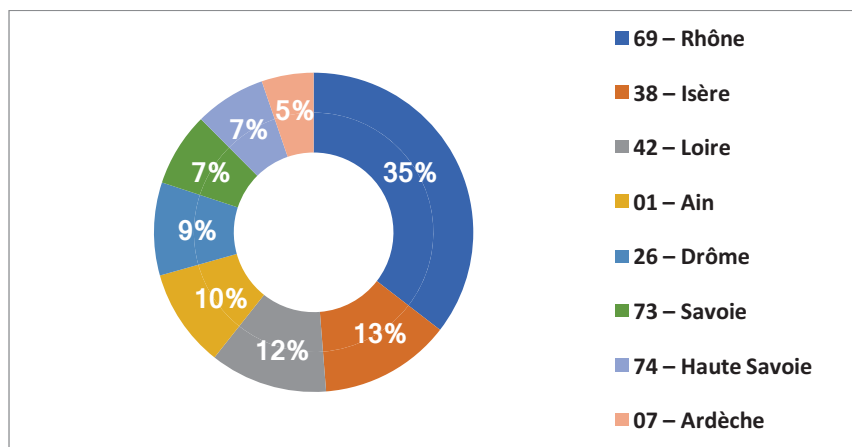


Figure 17 - Taux de réponse en fonction des localisations géographiques des pharmaciens

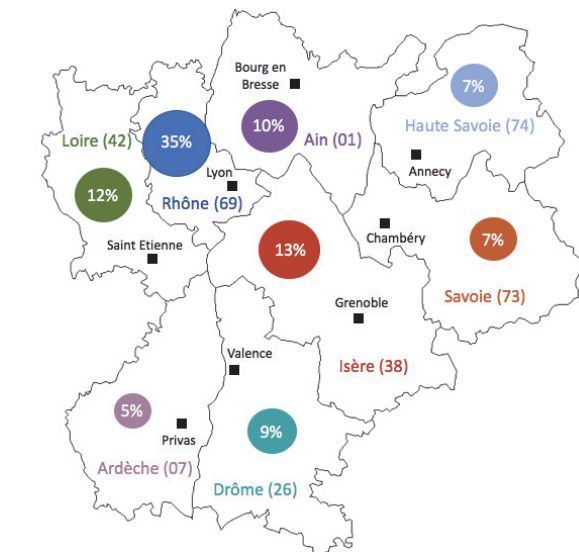


Figure 18 - Carte représentant le taux de réponse selon les départements

Votre statut :

361 réponses

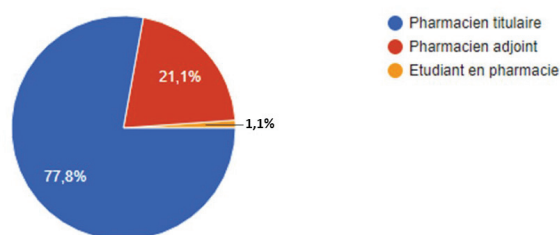


Figure 19 - Statut des répondants au sein de leur officine

Ensuite, nous notons que la majorité des répondants sont titulaires de leurs officines (Figure 19 ci-dessus) ; et en comparant les années d'expérience obtenues les résultats sont assez partagés (Figure 20 ci-dessous). La moitié des répondants se situent entre 10 et 30 ans d'expérience (avec une quasi-égalité entre le tranche de 10 à 20 ans et celle de 20 à 30 ans : 25,2%-26,3%). Puis, pour l'autre moitié des sondés, la majorité ont plus de 30 ans (38,2%) d'expérience par rapport à ceux en ayant moins de 10 (10,2%). Cela peut paraître assez logique si nous rapprochons ces données aux différents statuts obtenus à la question précédente. En effet, dans la plupart des cas, il faut une certaine

expérience afin de se sentir prêt à acquérir, à financer et à gérer sa propre officine. Sauf exceptions, les pharmaciens d'officine deviennent titulaires après un certain nombre d'année d'exercice.

Votre expérience en pharmacie d'officine (jobs étudiants compris) :

361 réponses

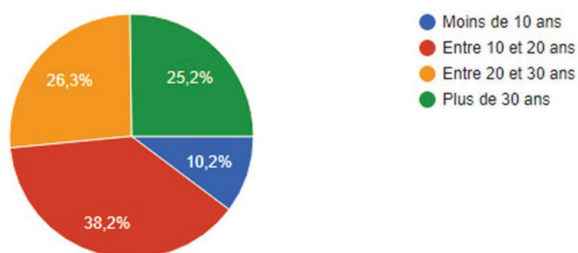


Figure 20 - Diversité des années d'expériences des répondants

Pour conclure sur cette première partie concernant les profils des répondants, nous pouvons nous apercevoir de la grande variabilité de ceux-ci, ce qui rendra sans doute le questionnaire d'autant plus intéressant que ces profils diffèrent. La majorité étant de sexe féminin ou titulaires de leur pharmacie, nous allons pouvoir observer si le statut et les années d'expérience peuvent être la cause de difficultés ou de méconnaissances.

2. Partie concernant le méthylphénidate

Dans la seconde partie de mon questionnaire, les questions se voulaient ciblées sur le traitement médicamenteux du TDAH : le méthylphénidate. A travers sept questions, j'ai voulu révéler les éventuelles difficultés rencontrées par les pharmaciens d'officine, et par conséquent comprendre celles parfois vécues par les patients.

Déjà, nous pouvons nous apercevoir que la perception des connaissances et compétences des pharmaciens restent très moyennes

(Figure 21 ci-dessous), voire insuffisantes. Très peu considèrent n'avoir aucune connaissance ou, à l'inverse, de très bonnes. La majorité (67,3%) des pharmaciens ont situé leurs connaissances en 3 ou moins (aucune connaissance à connaissances moyennes) ; alors que 32,7% considèrent avoir de bonnes connaissances (réponses 4 et 5).

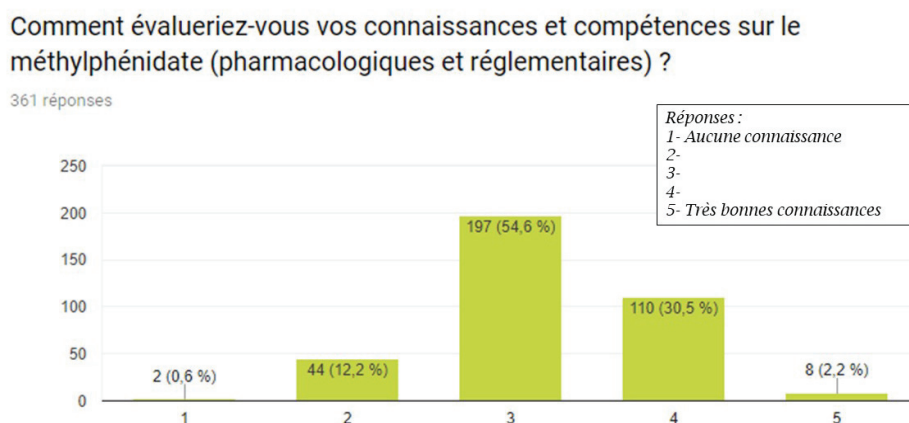


Figure 21 - Taux de connaissances sur le méthylphénidate

Le graphique suivant (Figure 22) a été réalisé par mes soins en regroupant les réponses 1 à 3 ensemble et les réponses 4 et 5 ensemble, comme expliqué plus haut. Cela me paraissait plus simple et plus lisible de comparer les connaissances et compétences en les regroupant en deux catégories uniquement : les connaissances que nous pourrions qualifier de suffisantes et celles d'insuffisantes. Sur ce graphique, j'ai également tenu à comparer les réponses selon les départements d'exercice.

Ce même modèle de graphique sera présenté plusieurs fois dans les résultats de mon étude, notamment pour les questions concernant les connaissances et les compétences sur le MPH dans un premier temps et sur le TDAH dans un second temps.

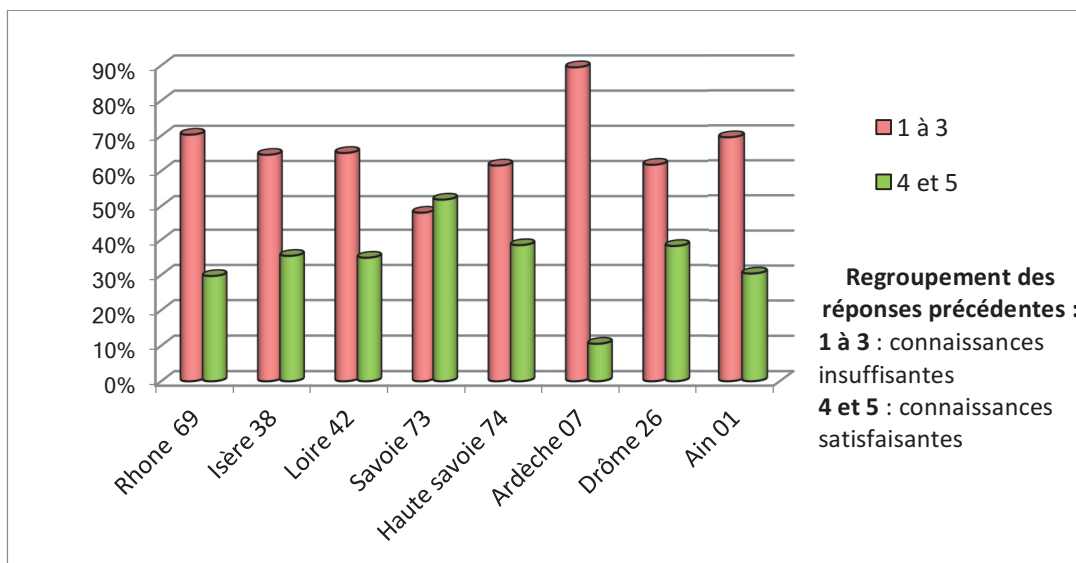


Figure 22 – Etat des lieux des connaissances sur le MPH en fonction des départements d'exercice

Il est intéressant de comparer les données de connaissances à travers les différents départements. Il semblerait que les connaissances soient globalement meilleures en Savoie – les réponses 4 et 5 sont plus nombreuses que les autres – et moins bonnes en Ardèche – les réponses 4 et 5 sont plus rares – (Figure 22 ci-dessus). Pour les autres départements, les réponses sont à peu près similaires ; une minorité des répondants exerçant dans ces départements considèrent avoir de bonnes connaissances (à hauteur de 4 et 5). Mais si nous souhaitons tout de même séparer ces départements, nous pouvons remarquer une légère différence entre le département du Rhône et de l'Ain par rapport aux autres. Pour ceux-ci, les pharmaciens considèrent avoir de moins bonnes connaissances que les autres – puisqu'il y a moins de réponses 4 et 5 que pour les autres départements – même si cet écart reste minime. Pourtant, la théorie des études de pharmacie est censée être équivalente pour tous les départements, même si les académies d'éducation diffèrent. Ils ne devraient donc pas y avoir de grandes différences.

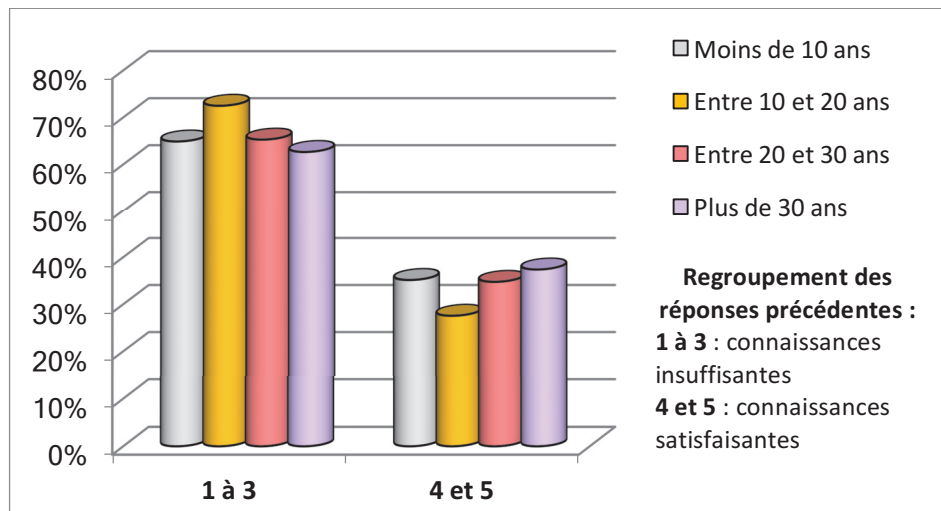


Figure 23 – Etat des lieux des connaissances sur le MPH en fonction des années d'expérience

Pareillement, quand nous comparons les données de connaissance aux années d'expérience, nous observons que les résultats sont à peu près équivalents selon les tranches : peu importe l'expérience professionnelle, les connaissances apparaissent faibles et insuffisantes. Cependant, ceux qui sembleraient avoir des connaissances légèrement meilleures – les réponses 4 et 5 sont légèrement plus importantes – sont ceux ayant moins de 10 ans d'expérience, entre 20 et 30 ans ou plus de 30 ans d'expérience (Figure 23 ci-dessus). Seule la tranche avec une expérience comprise entre 10 et 20 ans semble avoir de moins bonnes connaissances. A la vue de ces résultats, j'ai alors pensé qu'il puisse y avoir une explication rationnelle qui justifierait ces données. En effet, les années d'études universitaires offrent une formation intense, ce qui explique que les connaissances soient meilleures en début de carrière (moins de 10 ans d'expérience). Puis, les connaissances se tassent et s'adaptent à la pratique quotidienne. C'est-à-dire qu'elles s'accordent aux cas présents dans la pharmacie, aux pathologies et traitements rencontrés fréquemment ou non. C'est pourquoi, nous pourrions penser que les connaissances seront d'autant meilleures que l'expérience professionnelle est longue, puisque le nombre de cas rencontrés au

cours de l'exercice pharmaceutique sera plus important. Ainsi, l'existence d'une corrélation entre les connaissances des officinaux et la fréquence de rencontre de ce traitement ou ce trouble au comptoir serait envisageable. Les résultats suivants ont pour objectif de confirmer ou d'affirmer cette hypothèse. Evidemment, aucune conclusion ne pourra être exprimée étant donné le caractère subjectif et singulier des réponses.

Déjà, la grande majorité des répondants affirment avoir entre 0 et 3 dispensations de méthylphénidate par mois (68,1%) dans le cadre du TDAH (Figure 24 ci-dessous).

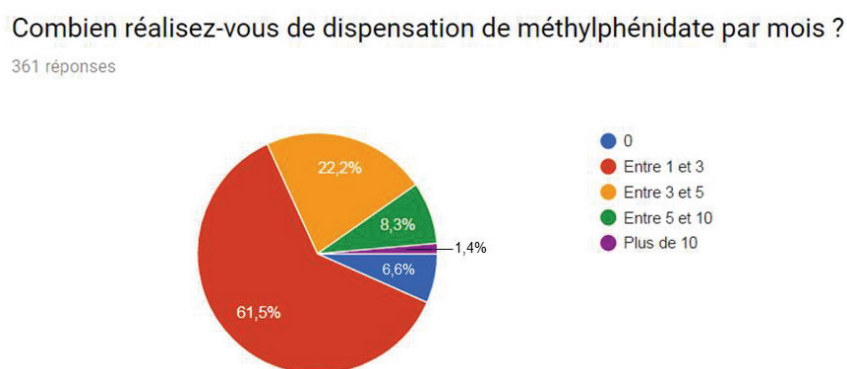


Figure 24 - Nombre de dispensation de MPH par mois

Seulement 31,9% en rencontrent plus de 3 par mois. Ce chiffre étant indiqué pour une pharmacie dans sa globalité, est encore divisé par le nombre d'employés aptes à la délivrance présents dans chaque structure. La confrontation avec ce type de délivrance est donc encore diminuée ; même si le pharmacien a le devoir de vérifier la qualité de toutes les dispensations réalisées dans son officine. Mais la surveillance ne demande pas autant de précision et d'explications que la délivrance même, ce pourquoi la recherche d'information et la mise en pratique reste limitée dans ces cas-là. Nous voyons ainsi que le TDAH et le méthylphénidate sont des sujets assez peu rencontrés au comptoir, ce qui signifie que leurs connaissances peuvent s'en trouver modifiées, voir diminuées.

Face aux estimations des officinaux concernant leurs connaissances (Figure 21, 22 et 23), la corrélation avec une faible confrontation de ce traitement au comptoir peut être envisageable. En effet, il est compréhensible que leurs savoirs sur le MPH soient limités face à une faible dispensation de celui-ci.

Il m'a alors semblé tout aussi pertinent d'observer une possible corrélation entre le nombre de dispensations de MPH réalisées par mois et la perception des connaissances des répondants, en tenant compte cette fois-ci de leur département d'exercice. En effet, nous avons pu noter précédemment une variation des connaissances en fonction de la localisation géographique (Figure 22 ci-avant). Il suffirait alors de regarder plus attentivement le taux de dispensation de MPH de chaque département. Pour cette observation, j'ai réalisé deux graphiques distincts. Le premier (Figure 25 ci-dessous) représente chaque taux de dispensation présents dans mon questionnaire : 0, Entre 1 et 3, Entre 3 et 5, Entre 5 et 10 et Plus de 10 ; tandis que le deuxième graphique (Figure 26 ci-dessous) regroupe plusieurs fourchettes pour n'en présenter que deux.

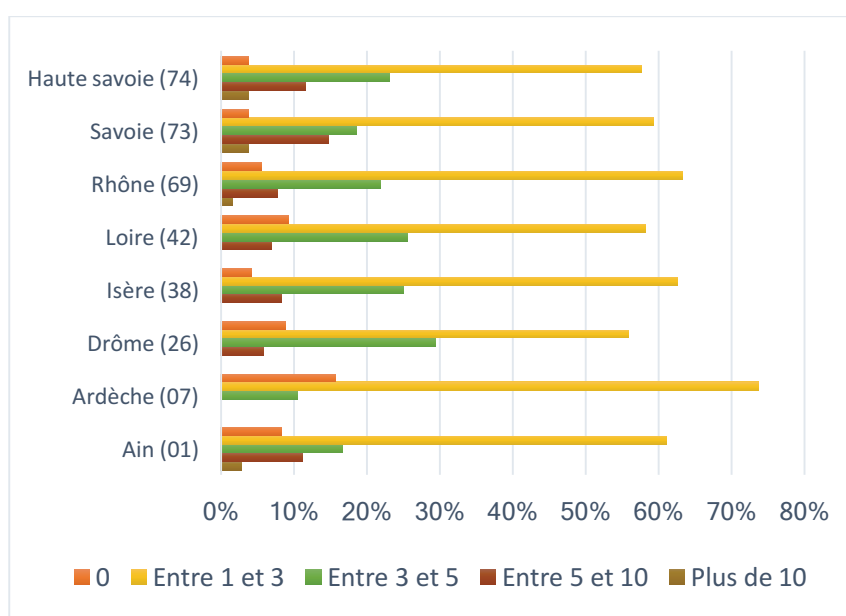


Figure 25 - Taux de dispensation de MPH en fonction du département d'exercice

Si nous comparons toutes les fourchettes proposées dans un premier temps, nous observons rapidement que les données se superposent assez facilement d'un département à un autre. Par contre, si nous observons de plus près, nous remarquons directement que l'Ardèche se démarque plus particulièrement des autres par plusieurs points :

- La fourchette « 0 » est beaucoup plus présente : à hauteur de 15% contre moins de 10% pour les autres,
- La fourchette « Entre 1 et 3 » est beaucoup plus présente que les autres : à hauteur de 75% contre moins de 65% pour les autres,
- La fourchette « Entre 5 et 10 » est très faible par rapport aux autres : à hauteur de 11% contre plus de 17% pour les autres
- La fourchette « Entre 5 et 10 » est absente alors qu'elle est présente chez tous les autres

Rappelons que nous avons noté auparavant une différence de connaissances entre les officinaux d'Ardèche et les autres. Face à ces importantes divergences observées ici, et aux résultats présentés dans la Figure 26 ci-dessous, nous pouvons rapidement comprendre le manque de connaissance de ces officinaux.

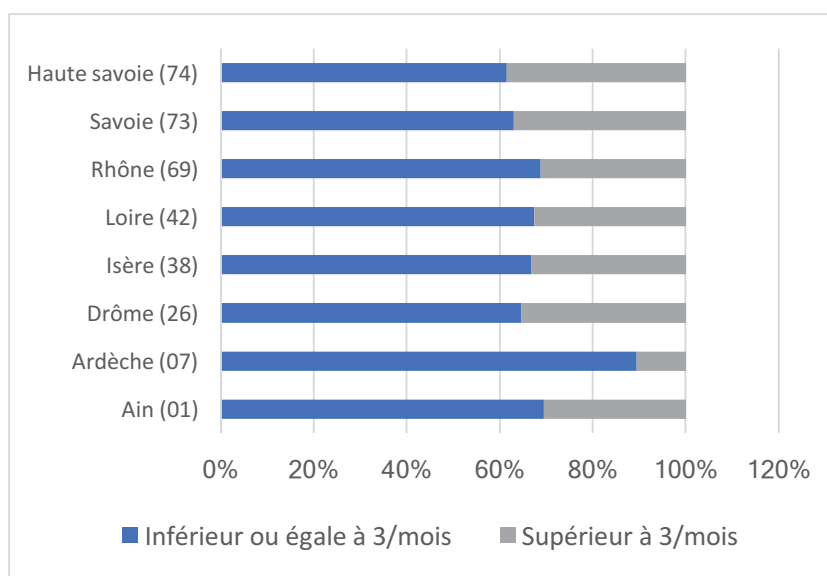


Figure 26 – Taux de dispensation de MPH en fonction du département d'exercice

Comme expliqué plus haut, la faible confrontation à ce traitement pourrait expliquer de faibles connaissances. L'Ardèche en est l'exemple ici. Si nous voulons aller plus loin, il serait intéressant de comparer l'autre extrême. En effet, dans la Figure 22, nous avons également noté que les connaissances en Savoie sembleraient être meilleures qu'ailleurs. En comparant les données de la Savoie aux autres, nous pouvons également noter quelques différences :

- La fourchette « 0 » reste dans les plus faibles même si d'autres départements ont les mêmes résultats
- La fourchette « Entre 5 et 10 » est la plus élevée du graphique : à hauteur de 15% contre moins de 11% pour les autres
- La fourchette « Plus de 10 » est la plus élevée, tout comme celle de la Haute Savoie

Même si ces différences restent faibles et pas aussi notables que celles de l'Ardèche, nous pouvons tout de même observer que les divergences tendent vers une plus grande confrontation à la dispensation de MPH. Les résultats de la Savoie peuvent être superposés plus facilement aux résultats de la Haute-Savoie car les données sont très semblables. Par contre, la comparaison entre ces deux départements n'étaient pas aussi évidentes dans la Figure 22 et non superposable. Cette distinction est donc étonnante et nous pouvons nous interroger sur cette variation de données. Puis dans la Figure 26, les données de la Savoie et de la Haute Savoie diffèrent très légèrement des autres départements et sont suivies de près par la Drôme : elles tendent vers une rencontre plus importante de MPH (supérieur à trois fois par mois à hauteur de 38% contre 35% pour la Drôme et moins pour les autres). Hors, dans la Figure 22 présentant les connaissances propres à chaque département, les résultats n'étaient pas du tout superposables de la même manière.

Concernant les autres départements, et pareillement aux connaissances précédentes, il n'y a pas de différences notables puisque les données sont à peu près toutes équivalentes, à moins de 6% près.

Face à cette comparaison qui me semble alors pertinente, nous pouvons faire un véritable lien entre le nombre de dispensation réalisé par mois et l'état des connaissances des officinaux. En effet, les données de chaque département, et plus particulièrement celles de l'Ardèche et la Savoie, nous ont permis d'observer une corrélation entre la perception des connaissances sur le MPH et la rencontre de celui-ci au comptoir. C'est un point très rassurant car le manque de connaissance n'est pas dû à une inaptitude professionnelle mais plutôt à une faible rencontre de ce traitement, conduisant à une faible recherche d'informations et de formations personnelles. Ce manque de savoirs peut ainsi se comprendre et n'est pas fonction des études universitaires, comme exposé plus haut. Même si quelques contre-exemples (la Haute-Savoie notamment) sont présents pour pouvoir conclure sur cette corrélation, nous ne pouvons pas rejeter cette hypothèse. Je pense en réalité que beaucoup de facteurs rentrent en jeu pour garantir des connaissances : les études universitaires, la capacité à chercher des informations, la formation continue, et surtout la pratique et la rencontre plus ou moins fréquente de certains traitements.

Parallèlement et pour en revenir à mon questionnaire, j'ai demandé par la suite aux pharmaciens s'ils pensaient que la rencontre du MPH au comptoir était rare. Contrairement aux chiffres vus précédemment (Figure 24 ci-dessus) ou ceux qui suivent (Figures 27, 28 et 31 ci-après), la majorité des répondants sont en désaccord avec cette affirmation. Pourtant, nous avons observé que le taux de dispensation par mois est très faible en comparaison à d'autres pathologies chroniques (Figure 24). Cette précédente réponse est donc d'autant plus étonnante.

Pareillement, pour la majorité d'entre eux, une faible confrontation au traitement et à un trouble, ne serait pas responsable de difficultés au comptoir. D'ailleurs, très peu de pharmaciens se considèrent en difficulté lors de la délivrance de ce traitement (78,4% - Figure 27 et 28 ci-dessous).

De manière générale, vous sentez-vous en difficulté lors de la dispensation de ce médicament ?

361 réponses

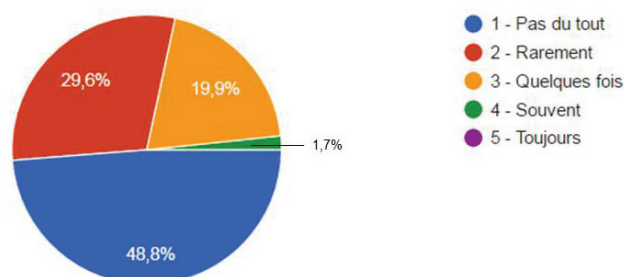


Figure 27 - Taux de difficultés rencontrées par les officinaux

Pour le graphique suivant, j'ai suivi la même méthode de comparaison que précédemment, en regroupant cette fois-ci les réponses 1 et 2 ensemble, et les réponses 3 à 5 ensemble. Cela me permettait de distinguer les exercices plus influençables (réponses 3 à 5) de ceux moins influençables (réponses 1 et 2). Cette distinction permettait une comparaison plus nette des influences, difficultés ou réticences possibles en fonction des années d'expérience de chacun.

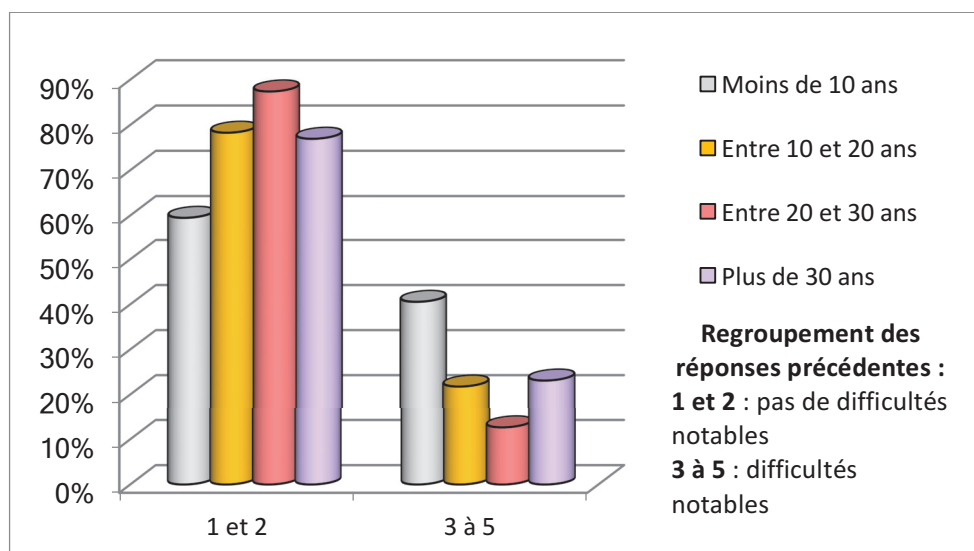
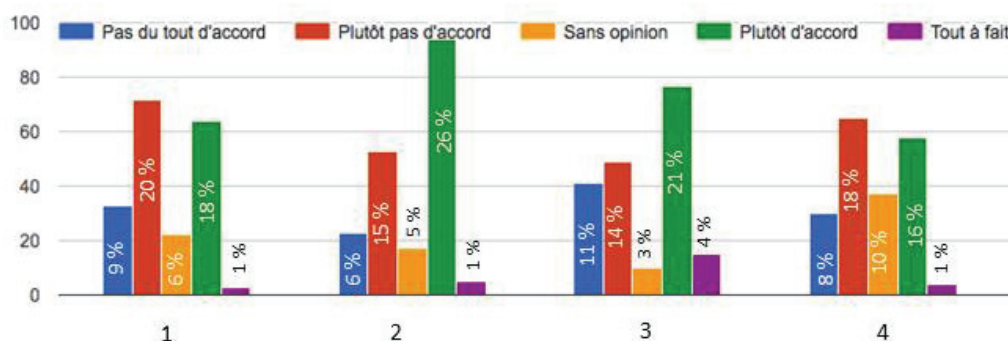


Figure 28 - Degré de difficulté lors des dispensations en fonction des années d'expérience professionnelles

Ce chiffre est assez rassurant, mais étonnant quand nous observons ces données par rapport aux connaissances, compétences ou aux différentes années d'expérience. En effet, nous avons vu précédemment que les pharmaciens ayant moins de 10 ans d'expérience semblaient faire partie de ceux ayant les meilleures connaissances ; mais d'après cette question sur leurs difficultés, il semblerait que cette tranche soit celle qui en rencontre le plus. Ceci peut paraître assez contradictoire au premier abord : ce résultat nous montrerait alors que la théorie et la pratique sont deux exercices différents. En effet, les répondants ayant moins d'années d'expérience ont sûrement davantage de souvenirs des apprentissages universitaires théoriques. Ainsi, les connaissances sont indispensables à notre exercice mais la pratique permet d'affiner et d'améliorer les connaissances théoriques ainsi que les capacités de recherche d'information et d'adaptation au patient ; ce qui explique que les personnes ayant plus d'expérience se sentent moins en difficulté. La tranche qui semble ressentir le moins de difficulté est celle où l'expérience professionnelle est comprise en 20 et 30 ans - les données des deux tranches « plus de 30 ans » et « entre 10 et 20 ans » étant à peu près équivalentes -.

De la même manière, la majorité juge que leurs difficultés au comptoir ne sont pas causées par leur méconnaissance du produit ; mais plutôt à la méconnaissance des troubles et pathologies associés (Figures 29 et 30 ci-dessous en rapport avec leurs difficultés). Nous pouvons cependant noter qu'un certain nombre non négligeable de répondants avouent ressentir des difficultés à cause de leur méconnaissance du MPH. C'est un point important à soulever étant donné notre statut de professionnel des médicaments.

Si oui, pourquoi ?



Questions :

1. Méconnaissance du produit
2. Méconnaissance des troubles associés
3. Caractère réglementaire de la prescription et de la dispensation
4. Médicament risqué ou dangereux
5. Trop peu confronté à la disp de ce médicament
6. Sentiment d'anxiété face à un patient potentiellement dépendant

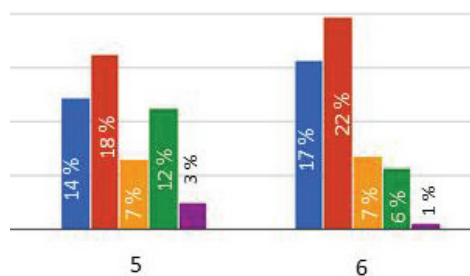


Figure 29 - Causes potentielles de leurs difficultés

Nombre de réponses pour les répondants ayant des difficultés	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Méconnaissance du produit	33	72	22	64	3
Méconnaissance des troubles associés	23	53	17	94	5
Caractère réglementaire de la prescription et de la dispensation	41	49	10	77	15
Médicament risqué ou dangereux	30	65	37	58	4
Trop peu confronté à la dispensation de ce médicament	49	65	26	45	10
Sentiment d'anxiété face à un patient potentiellement dépendant	63	79	27	23	2

Figure 30 - Tableau reprenant les causes potentielles de leurs difficultés

Parmi les raisons évoquées à ces difficultés, nous avons vu que nous pouvions plus ou moins écarter la trop faible confrontation à ce produit et la méconnaissance de celui-ci, puisque la majorité n'est pas en accord avec ces affirmations. Nous pouvons également écarter le sentiment d'anxiété ressenti face à un patient prenant du MPH, qui pourrait être dépendant puisque la grande majorité des répondants (39%) ne considèrent pas que ce soit une cause possible. Arrêtons-nous cependant sur les 7% de répondants qui sont en accord avec cette affirmation : ce taux de réponse me semble trop important en vue des acquis scientifiques sur le sujet. Cette représentation, vraie dans de très rares cas, ne devrait pas impacter les officinaux, contrairement à ici. Ensuite, ce qui pourrait expliquer ces difficultés seraient la méconnaissance des pathologies associées comme vu précédemment. Nous nous apercevons alors que les pharmaciens sondés jugent ce traitement comme risqué ou dangereux. Ainsi leur vigilance pourrait alors se trouver augmentée par rapport à d'autres traitements. Par contre, le caractère réglementaire du produit et de sa dispensation n'a pas l'air d'être un frein à l'exercice pour la moitié des répondants. Ces réponses obtenues quant à leurs difficultés peuvent paraître contradictoires avec les réponses obtenues par rapport à leurs

connaissances. En effet, la majorité des répondants jugent ne pas avoir de bonnes connaissances mais cependant, la majorité d'entre eux ne se sentent pas en difficulté face à une telle dispensation. Nous pouvons alors nous interroger sur les possibilités de dispensation dans les cas où les connaissances sont insuffisantes. Pouvons-nous considérer que ces dispensations sont complètes et sécurisées, si la personne réalisant l'acte a des connaissances limitées sur le sujet ? En réalité, nous ne pouvons pas tout connaître dans ce métier qui demande une extrême polyvalence. Néanmoins, c'est de notre responsabilité d'aller chercher les informations importantes concernant une pathologie ou un traitement si nos connaissances nous semblent insuffisantes. Si cette recherche n'est pas réalisée, la dispensation ne pourra pas être entièrement sécurisée, à la fois réglementairement et pharmacologiquement, mais cela peut se produire indépendamment des connaissances. Malheureusement, faute de temps, je n'ai pas pu établir de recherches plus poussées pour tenter d'analyser ce sujet, mais je pense qu'il serait très intéressant de l'étudier.

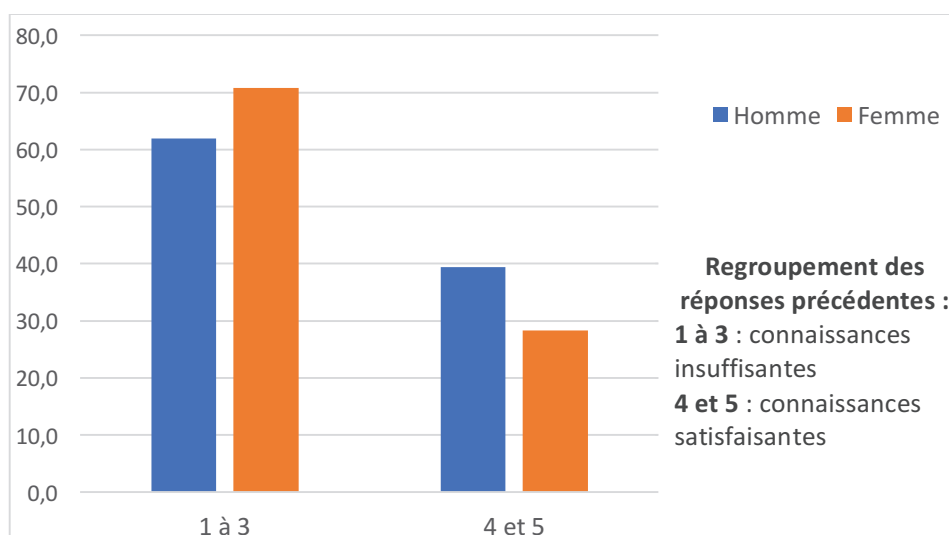


Figure 31 - Comparaison des connaissances sur le MPH en fonction du sexe des répondants

Si nous comparons maintenant les connaissances sur le MPH en fonction du sexe des répondants (Figure 31 ci-dessus), nous pouvons remarquer que les résultats sont quasi-similaires. Seulement, les hommes semblent avoir légèrement de meilleures connaissances. Pareillement pour les zones d'exercice, assez peu de différences sont à observer. Globalement, les connaissances semblent toutes aussi insuffisantes dans toutes les zones concernées. Peut-être la zone des centres commerciaux se détacherait très légèrement par une plus forte méconnaissance.

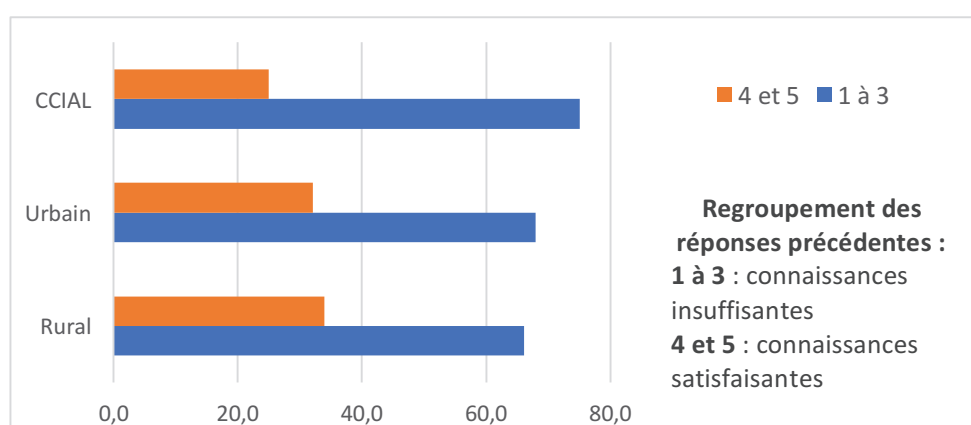


Figure 32 - Comparaison des connaissances sur le MPH en fonction de la zone d'exercice

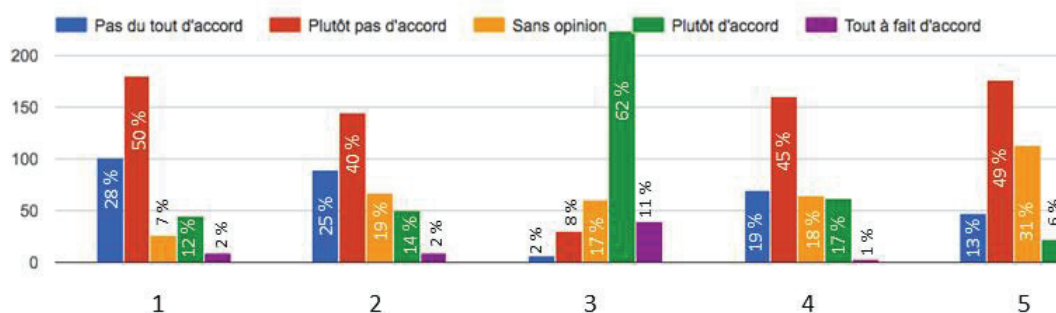
Dans la question 7 (Figure 33 et 34 ci-dessous), j'interrogeais les pharmaciens sur leurs représentations concernant le méthylphénidate ; question qui peut rejoindre la question 11.

Parmi les représentations proposées, il y en a certaines que nous pouvons éliminer car la majorité des répondants ont montré leur désaccord. Nous pouvons écarter le côté administratif et réglementaire du MPH, la sur-prescription de ce traitement (sans nécessités), le détournement, la dépendance ou le mésusage du MPH, la faible confrontation au comptoir de ce traitement et le fait que ce traitement possède trop d'indication. Cette dernière réponse étant rassurante puisque l'AMM du MPH ne considère qu'une seule indication, celle du

TDAH chez les enfants ; même si 6% d'entre eux sont en accord avec cette proposition.

Par contre, les pharmaciens s'accordent en majorité sur le fait que c'est un traitement validé qui a prouvé son efficacité, mais également sur le fait que ce soit un médicament dangereux (item déjà discuté précédemment). Globalement, ces réponses peuvent sembler rassurantes.

Quelles sont vos représentations concernant le méthylphénidate ?



Questions :

1. C'est un produit à prescription et dispensation trop réglementées
2. C'est un médicament détourné, utilisé comme une drogue
3. C'est un traitement validé, qui a prouvé son efficacité
4. C'est un médicament trop prescrit, sans réelles nécessités
5. C'est un produit possédant trop d'indications
6. C'est un médicament dangereux
7. C'est un médicament qui attire les toxicomanes et les ennuis
8. C'est un médicament rarement vu au comptoir

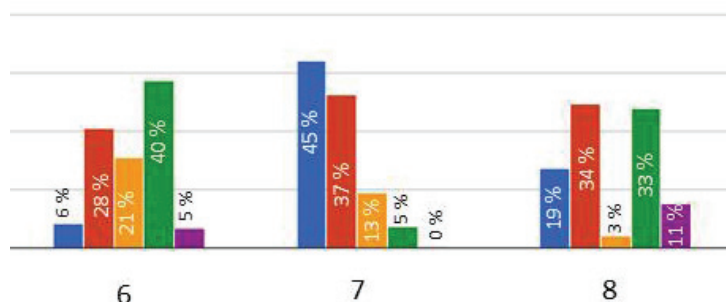


Figure 33 – Analyse des représentations possibles sur le méthylphénidate

Nombre de réponses/361	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
C'est un produit à prescription et dispensation trop réglementées	101	180	26	45	9
C'est un médicament détourné, utilisé comme une drogue	90	145	67	50	9
C'est un traitement validé, qui a prouvé son efficacité	7	30	61	223	40
C'est un médicament trop prescrit, sans réelles nécessités	70	161	65	62	3
C'est un produit possédant trop d'indications	48	176	113	22	2
C'est un médicament dangereux	21	102	77	144	17
C'est un médicament qui attire les toxicomanes et les ennuis	161	132	48	19	0
C'est un médicament rarement vu au comptoir	69	124	10	120	38

Figure 34 -Analyse des représentations des officinaux sur le méthylphénidate

Mais arrêtons-nous une fois de plus sur les chiffres surprenants. En effet, même s'ils représentent une minorité, 16% des répondants semblent en accord avec l'affirmation suivante « C'est un médicament détourné, utilisé comme une drogue », 10% semblent en désaccord avec la validité et l'efficacité du MPH, et 17% pensant que ce traitement est trop prescrit et sans réelles nécessités. Pareillement, 5% d'entre eux pensent que c'est un médicament qui attire les toxicomanes et les ennuis. Etant donné nos aptitudes pharmaceutiques et professionnelles, ces chiffres semblent beaucoup trop importants ; surtout qu'il est de notre rôle de nous baser sur des acquis scientifiques. D'autant plus que presque la moitié des répondants (40,7%) avouent que leurs représentations influencent leur exercice professionnel au quotidien (Figure 33). L'impartialité demandée dans notre profession n'est ainsi pas toujours conservée ; et si l'on reprend les représentations vues précédemment, nous pouvons alors comprendre que les patients peuvent se trouver en difficulté dans certains cas. Par exemple, les

représentations concernant le mésusage du MPH peuvent être défavorables au traitement et peuvent influencer ainsi la dispensation. Heureusement, la majorité des répondants (59,3%) ne laissent pas leurs représentations personnelles impacter leurs dispensations (Figure 35 et 36).

Pensez-vous que vos représentations influencent vos dispensations ?
361 réponses

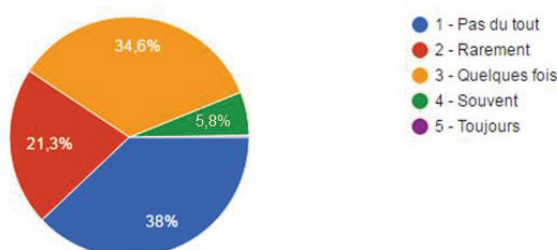


Figure 35 - Degré d'influence des pharmaciens par leurs représentations

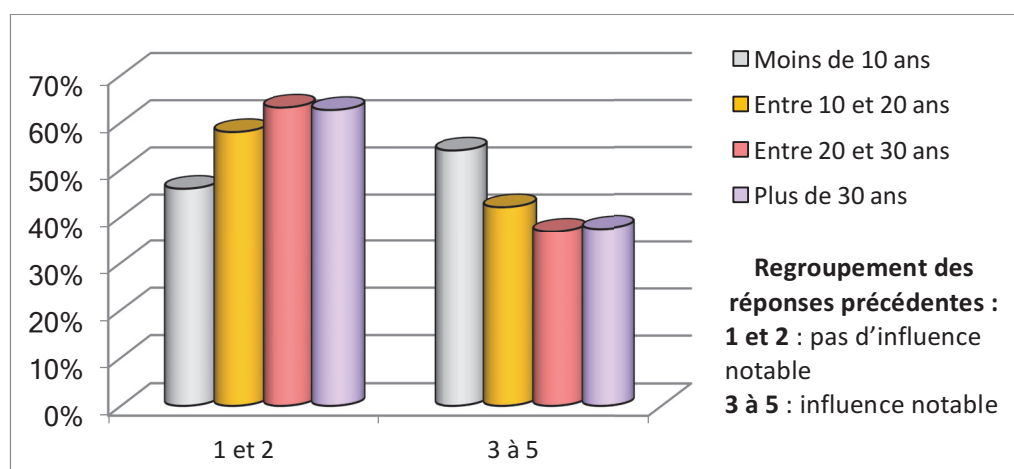


Figure 36 - Degré d'influence des représentations en fonction des années d'expérience professionnelles

Parmi ces répondants, ce sont les professionnels avec moins de 10 ans d'expérience qui subissent le plus d'influence de leurs représentations. Ceci peut sans doute s'expliquer par leur manque d'expérience, qui est nécessaire à développer des capacités comme l'objectivité, la neutralité où simplement la faculté à séparer les pensées personnelles et professionnelles. Pareillement, la comparaison du degré d'influence en

fonction des sexes est intéressante à observer (Figure 37 ci-dessous). Heureusement, il existe très peu de différences entre les hommes et les femmes ; la majorité ne se sentent pas influencer par leurs représentations. Cependant, nous pourrions noter que les femmes auraient très légèrement tendance à être plus influencées que les hommes, si nous en croyons ces résultats.

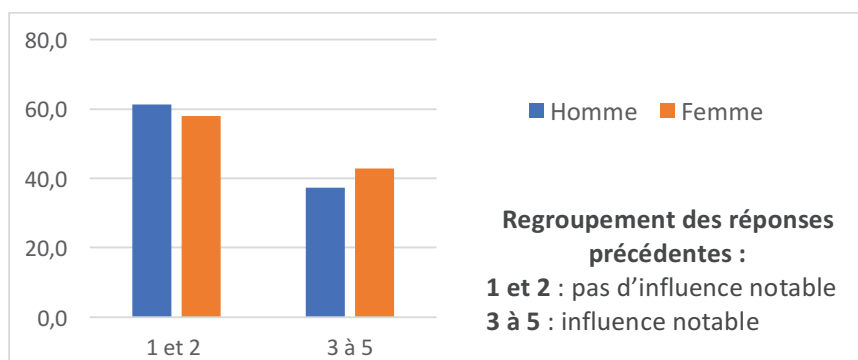


Figure 37 - Comparaison du degré d'influence des représentations en fonction du sexe des répondants

Parallèlement, la majorité des sondés (87,6%) ne se montrent pas réticents à la dispensation de ce produit (Figure 38 et 39 ci-dessous). Cependant, 12,4% d'entre eux le sont, ce qui peut poser un certain nombre de problème et de difficultés au comptoir, pour l'équipe officinale d'une part et pour les patients d'autre part. Pareillement, la tranche étant la plus réticente est celle avec moins de 10 ans d'expérience, sûrement à cause des raisons évoquées précédemment. Ce chiffre est encore trop important pour notre profession.

De manière générale, êtes-vous réticent(e) à dispenser ce médicament ?

361 réponses

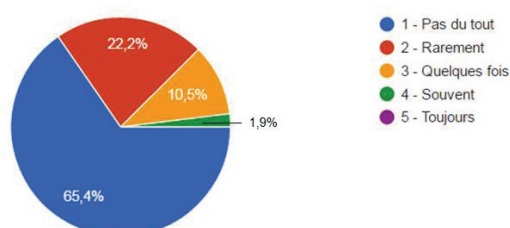


Figure 38 - Degré de réticence à la dispensation du MPH

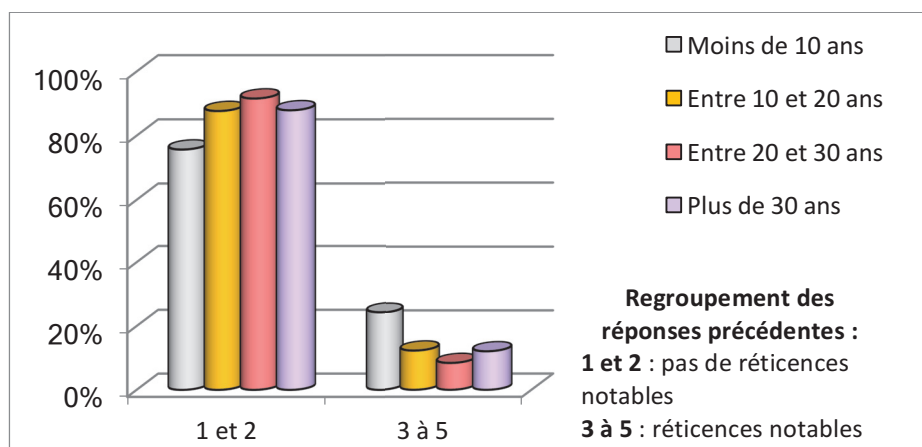


Figure 39 – Degré d'influence des représentations sur la réticence de la dispensation du MPH en fonction des années d'expérience

Dans cette seconde partie, nous pouvons donc en conclure que les connaissances et compétences des pharmaciens répondants sont assez modérées et insuffisantes, même si certaines différences peuvent être révélées en fonction des zones géographiques, des années d'expérience ou des sexes. En plus, nous avons vu que les représentations des pharmaciens sur ce traitement sont assez rassurantes dans l'ensemble mais certaines restent surprenantes, et surtout trop nombreuses. Il serait sans doute intéressant de se pencher sur ces quelques représentations et les raisons de leur apparition, si elles sont justifiées ou non : formations théoriques, expériences professionnelles, familiales ou personnelles... Il réside tout de même le fait que ces représentations peuvent influencer les dispensations et provoquer ainsi des difficultés. Ces difficultés peuvent parfois être perçues comme une mauvaise prise en charge du patient, ce qui impactera davantage la crédibilité et la confiance envers les pharmaciens d'officine ; dont le rôle essentiel est la prise en charge optimale, efficace et équitable pour tous les patients.

3. Partie concernant le TDAH

Dans la troisième partie de mon questionnaire, je me suis concentrée sur le TDAH. J'ai voulu, comme pour la partie du MPH, révéler les difficultés potentiellement rencontrées par rapport à ce trouble par trois questions. Déjà, j'ai distingué deux types de connaissances : les connaissances et compétences théoriques sur le TDAH, et les connaissances et compétences pratiques sur ce syndrome, notamment dans un but d'explication et d'éducation de la patientèle. Pour rappel, la subjectivité des réponses est l'un des principaux biais de ce questionnaire, puisque je leur demande d'évaluer leurs connaissances eux-mêmes. Il n'y a ni barème d'évaluation, ni questions théoriques dans cette enquête : les réponses ne nous permettront pas de conclure sur les connaissances réelles des sondés.

Concernant les connaissances théoriques et perçues par les sondés, nous pouvons observer qu'elles sont également moyennes, comme pour le MPH, puisque 21,6% seulement des interrogés considèrent avoir de bonnes connaissances (réponses 4 et 5 ; Figure 40).

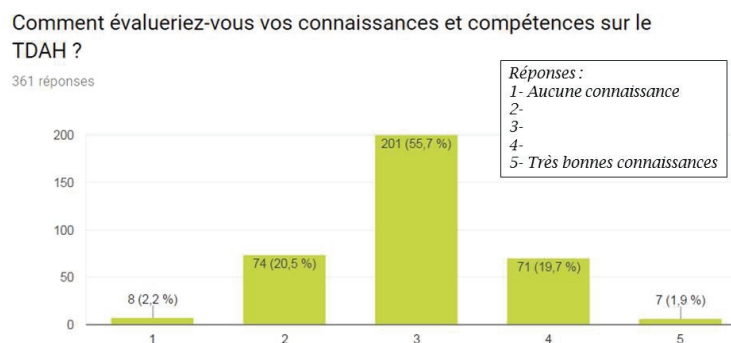


Figure 40 – Connaissances sur le TDAH

Ce chiffre, sans doute insuffisant, est cependant moins important que pour le MPH (32,7%) : nous pouvons alors remarquer que les connaissances des pharmaciens d'officine sont meilleures en ce qui

concerne le traitement que la pathologie, chose rationnelle étant donné notre statut de « représentants du médicament » et notre formation.

Par contre, les connaissances pratiques et les capacités d'éducation semblent à peu près équivalentes aux connaissances théoriques. 22,5% des répondants considèrent avoir de bonnes ou très bonnes capacités d'explication (réponses 4 et 5 ; Figure 41). Ce qui signifie qu'environ 80% des répondants considèrent ne pas avoir suffisamment de connaissances et de capacités d'éducation des patients. Ce qui est important et sans doute problématique pour la prise en charge future des patients. Même si les connaissances se rapportent à des faits théoriques accessibles à tous, les compétences par contre sont propres à chacun, et sans doute liées aux rencontres plus ou moins fréquentes de ce trouble.

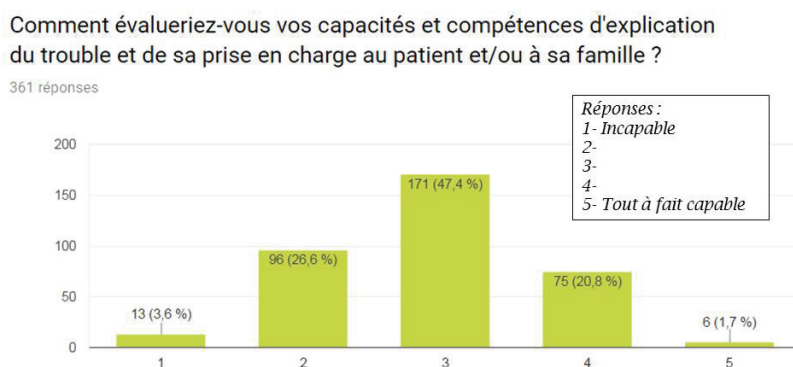


Figure 41 – Capacités d'explication sur le TDAH

Après, si nous comparons les données par rapport aux départements, nous pouvons observer trois catégories (Figure 42). Pourtant, le manque de connaissance se fait nettement ressentir dans tous les départements confondus. La première, concernant l'Ardèche, dans laquelle les connaissances paraissent inférieures. La deuxième, concernant l'Ain, l'Isère et la Loire, où les connaissances sont légèrement meilleures. Et la troisième, concernant le Rhône, la Savoie, la Haute-Savoie et la Drôme, où les connaissances globales sont meilleures. Nous pouvons donc penser que dans ces quatre derniers départements, les connaissances

semblent meilleures, même si globalement les connaissances restent basses et insuffisantes. Pour les capacités d'éducation, les résultats sont quasi identiques, sauf pour le Rhône, dont les capacités sont moindres, et se rapprochent de la deuxième catégorie séparée précédemment concernant l'Isère, l'Ain et la Loire (Figure 43).

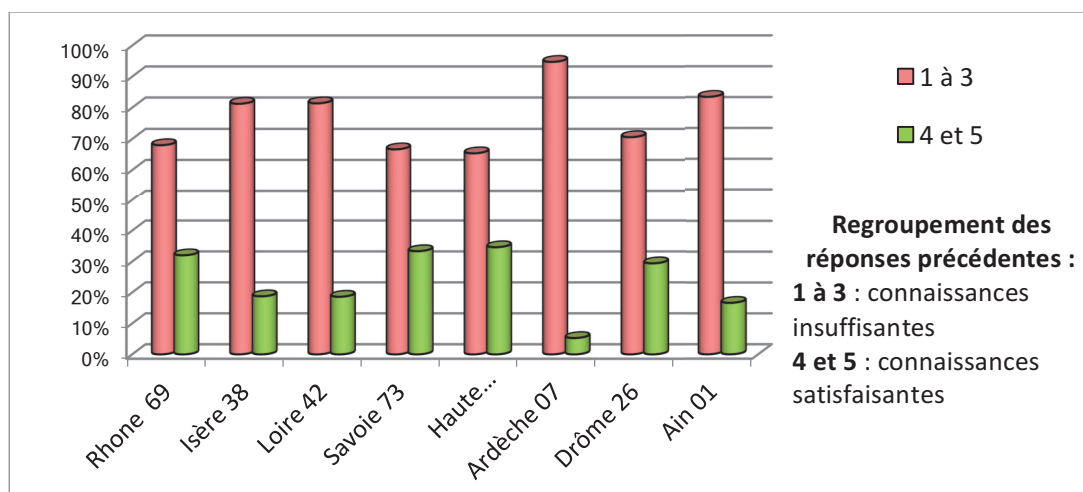


Figure 42 - Etat des lieux des connaissances sur le TDAH en fonction des départements d'exercice

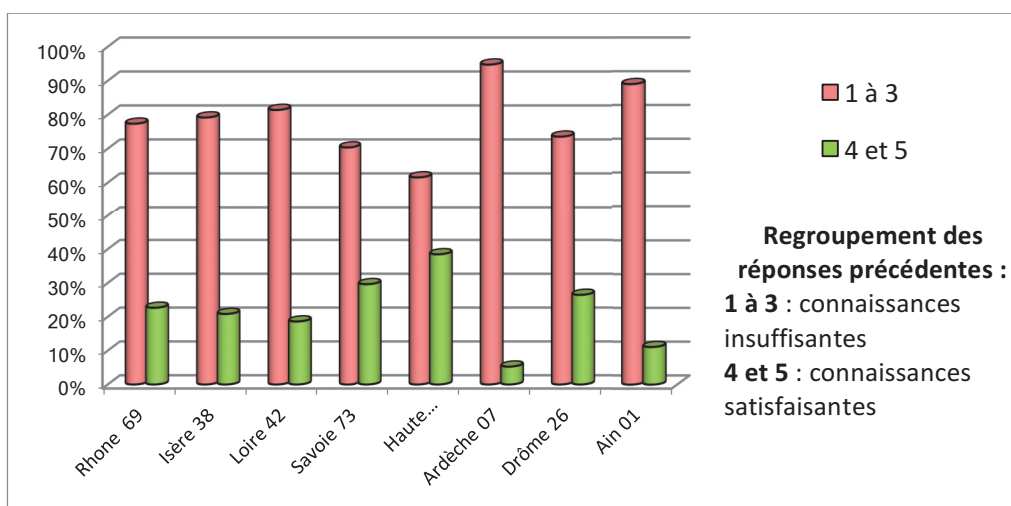


Figure 43 - Etat des lieux des compétences d'explication du TDAH et du MPH en fonction des départements d'exercice

De la même manière, les connaissances se montrent semblables dans zones rurales, les zones urbaines et les centres commerciaux (Figure 44

ci-dessous). La situation géographique des officines ne semble donc pas interférer avec les connaissances des officinaux.

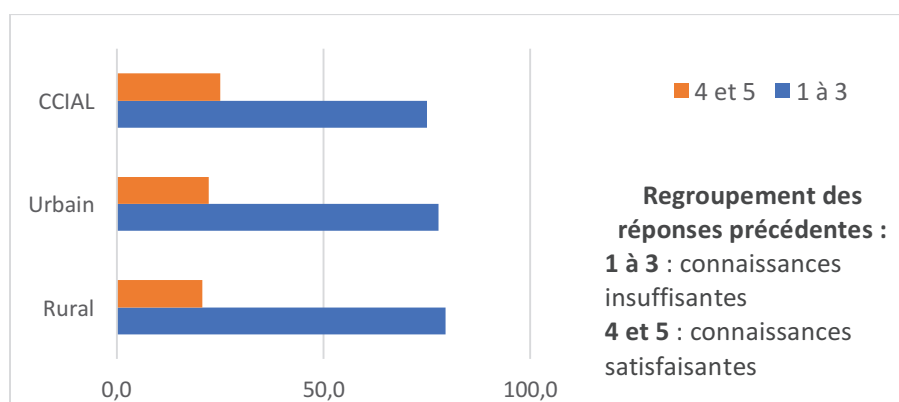


Figure 44 – Comparaison des connaissances sur le TDAH en fonction de la zone géographique

Par contre, nous pouvons noter une légère différence de compétences d'explication et d'éducation entre les officines présentes dans les centres commerciaux et les autres (Figure 45 ci-dessous). En effet, le taux de réponses supérieure ou égale à 4 dans les pharmacies de centre commercial sont moins nombreuses que dans les autres. Peut-être pourrions-nous penser que les dispensations seraient plus rares dans les centres commerciaux, et qu'ainsi les compétences des officinaux s'en trouveraient amoindris.

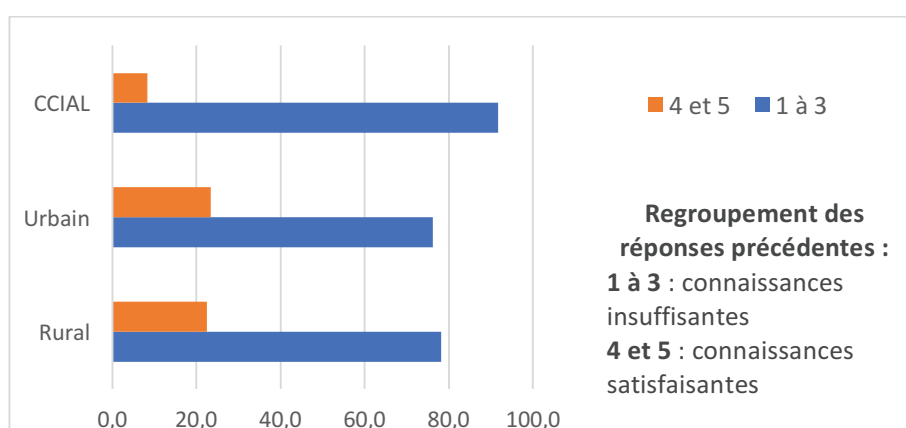


Figure 45 – Comparaison des compétences sur le TDAH en fonction de la zone géographique

Par ailleurs, les professionnels ayant moins de 20 ans d'expérience semblent être ceux ayant le moins de connaissances théoriques et pratiques sur le TDAH, par rapport aux autres (Figure 46). Nous pouvons encore penser que l'expérience professionnelle est une aide importante pour se former sur le TDAH.

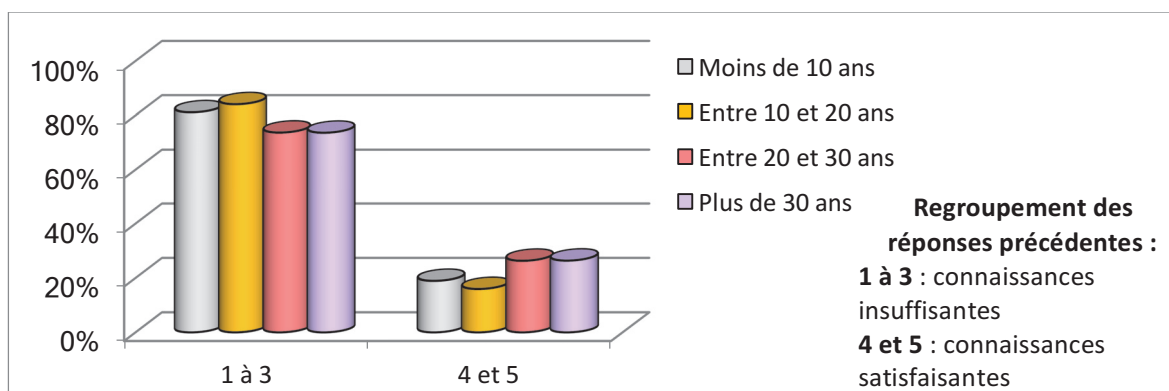


Figure 46 - Etat des lieux des connaissances sur le TDAH en fonction des années d'expérience

Il m'a également paru intéressant de comparer ces connaissances et ces compétences entre les sexes (Figure 47 ci-dessous). Nous observons rapidement qu'il n'y a pas de différences notables de connaissances entre les hommes et les femmes. Les connaissances étant acquises par les formations théoriques et les recherches d'informations, ce point reste alors compréhensible.

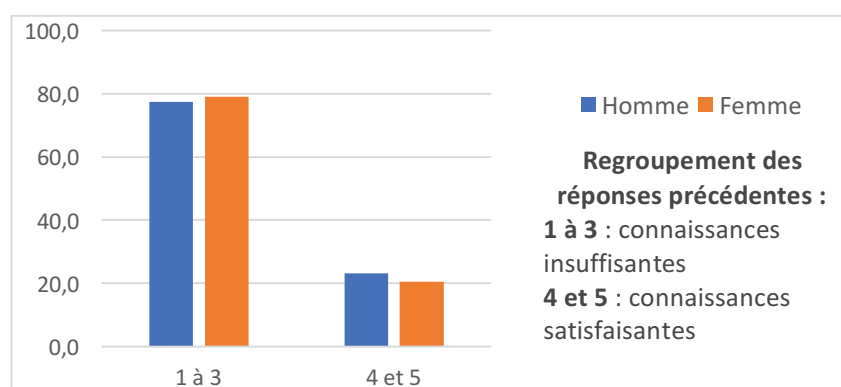


Figure 47 - Comparaison des connaissances sur le TDAH en fonction du sexe des répondants

Contrairement aux compétences d'explication, sans doute assimilables aux habitudes et fréquences de dispensation, nous pouvons noter une petite différence entre les hommes et les femmes (Figure 48 ci-dessous). En effet, les hommes sembleraient avoir de meilleures capacités d'explication que les femmes. Il reste très compliqué d'analyser ces données et d'en comprendre les raisons. Sans doute sont-ils plus fréquemment confrontés à ce type de dispensation.

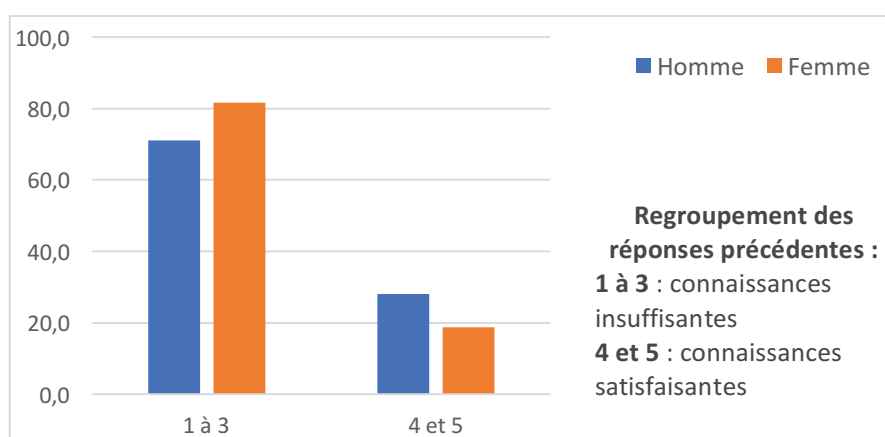
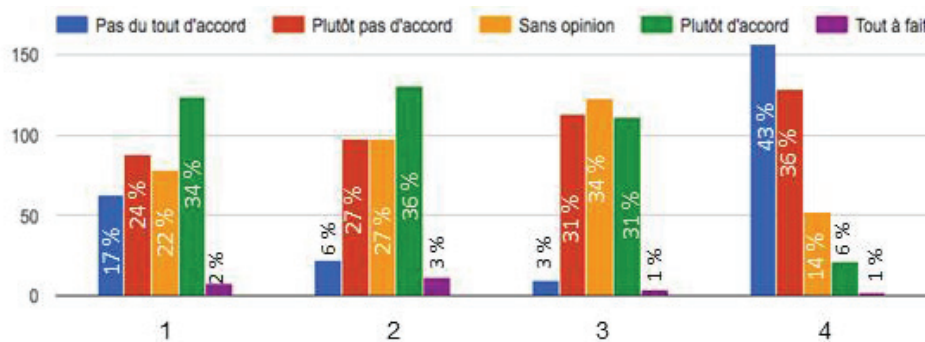


Figure 48 - Comparaison des compétences d'explication sur le TDAH en fonction du sexe des répondants

Dans la question 13 (Figures 49 et 50 ci-après), j'ai voulu les interroger sur leurs représentations, pareillement au MPH. Dans l'ensemble, les avis sont assez partagés. J'ai pourtant remarqué que beaucoup de réponses données ont été « sans opinions », à hauteur de 20% en moyenne. Ce type de réponse était assez rare en ce qui concernait le MPH. Nous pouvons alors penser que les pharmaciens n'avaient peut-être pas d'avis sur la question, faute de ne pas y avoir réfléchi auparavant, ou qu'ils ne voulaient pas s'exprimer. Tenant compte de cela, les réponses obtenues seraient peut-être moins représentatives, puisque je ne peux pas savoir si le « sans opinion » veut dire « je n'y ai pas réfléchi », « je ne suis pas d'accord mais je n'ai pas assez de connaissance pour conclure », « je ne comprends pas la question » ou « je suis d'accord mais je ne veux pas donner mon avis ». Je n'ai donc

pas tenu compte de ces réponses, ce qui réduit alors le taux de réponse total et la représentativité des résultats.

Quelles sont vos représentations concernant le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) ?



Questions :

1. C'est un trouble à la mode
2. C'est un trouble peu diagnostiqué en fr
3. C'est un trouble avec une faible prévalence
4. C'est psychologique
5. La pec du TDAH non médicamenteuse est suffisante
6. Il ne concerne que les enfants
7. Prétexte pour avoir du MPH

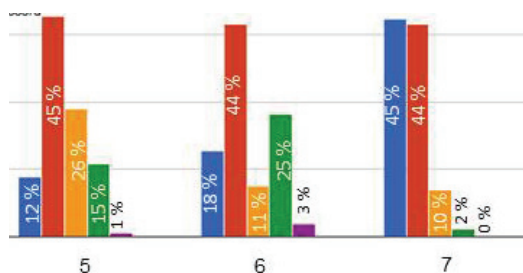


Figure 49 - Analyse des représentations possibles sur le TDAH

Je peux néanmoins écarter dans un premier temps la proposition que le TDAH serait un prétexte pour obtenir du méthylphénidate, puisqu'ils sont quasi tous en désaccord avec cette théorie (89%), même si 2% semblent d'accord avec ceci. Ce chiffre me paraît encore une fois trop important. De même, la majorité des répondants tendent à être en désaccord avec ces trois idées : le TDAH ne concerne que les enfants (62%) ; la prise en charge non médicamenteuse de ce trouble est suffisante (57% en désaccord) ou c'est « psychologique » (79%). Ces

réponses sont rassurantes, puisque c'était sans doute les propositions les plus paradoxales que j'ai pu proposer.

Nombre de réponses/361	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
C'est un trouble à la mode	63	88	78	123	8
C'est un trouble peu diagnostiqué en France	22	98	98	131	12
C'est un trouble avec une faible prévalence	10	113	123	111	4
C'est psychologique	157	129	52	21	2
La prise en charge non médicamenteuse du TDAH est suffisante	45	164	95	54	3
Il ne concerne que les enfants	64	158	38	91	10
C'est un prétexte pour avoir du MPH	162	158	35	6	0

Figure 50 -Tableau de l'analyse des représentations sur le TDAH

A contrario, nous remarquons que 7% d'entre eux pensent que le TDAH « c'est psychologique », 28% pensent que le TDAH ne touche que les enfants. Même si ces réponses restent minoritaires, elles restent tout de même existantes. Selon, elles sont encore trop importantes à la vue de nos qualifications. Pareillement, le TDAH peut toucher des adultes également. Nous observons donc que la méconnaissance du trouble a un impact sur les représentations des pharmaciens. Ensuite, nous pouvons voir des réponses très variées concernant les autres représentations proposées. Par exemple, et c'est très intéressant, 41% sont en désaccord avec le fait que le TDAH est un trouble « à la mode » contre 36% qui sont d'accord avec cette théorie. Ces résultats sont très étonnants. Nous pouvons nous apercevoir que les visions changent et sont très différentes sur ce sujet, et, comme expliqué plus haut, je pense que les médias et l'industrie pharmaceutique ont eu un rôle dans cette diversification des pensées. En fait, ils ont particulièrement insisté

depuis quelques années sur l'apparition et les conséquences de ce trouble, bien qu'il soit présent depuis des décennies.

Enfin, les deux dernières propositions, concernant le diagnostic et la prévalence, se recoupent et les réponses sont à peu près semblables. 33% et 34% des répondants sont en désaccord respectivement avec la proposition d'un sous-diagnostic du TDAH et de sa faible prévalence. A contrario, 39% et 32% d'entre eux sont accord avec celles-ci. Ici aussi, les avis sont mitigés mais intéressants. Ils se calquent certainement sur les connaissances théoriques propres des pharmaciens d'officine, et de la fréquence de confrontation à cette pathologie. En effet, et nous l'avons vu, les dispensations de MPH sont peu nombreuses ; donc la rencontre avec le TDAH l'est d'autant plus que le MPH peut être utilisé pour d'autres troubles. En réalité, nous l'avons vu, la prévalence se situe en 3 et 5% de la population, ce que l'on peut qualifier de faible prévalence (puisque'elle se situe en dessous de 5% (43)). Puis, nous avons vu que le diagnostic du TDAH était assez complexe et la prise en charge également. Rajoutant aussi l'anxiété et les réticences des parents, nous pourrions alors penser que ce trouble est, en effet, sous diagnostiqué.

Pour conclure sur cette troisième partie, les connaissances théoriques et pratiques des sondés semblent trop légères et sans doute trop insuffisantes, même s'il existe des différences entre certains départements ou certaines tranches d'expérience professionnelle. Mais les tendances de ces résultats peuvent se calquer aux résultats obtenus auparavant pour le méthylphénidate, même si les chiffres et les taux diffèrent. Puis, nous avons pu discuter des différentes représentations que nous avons retrouvées, qu'elles soient logiques ou paradoxales. Globalement, nous pouvons voir que les avis sont très différents et très partagés, et que principalement les méconnaissances du trouble ou les

avis diffusés par les médias peuvent être les causes possibles de ces idées faussées.

4. Demande de formations

Dans la quatrième et dernière partie, j'ai souhaité analyser si la demande de formation était importante ou non, étant donné le manque de formation universitaire que j'ai personnellement regrettée. Il ressort que les pharmaciens sont en demande de formation sur ces sujets à 90% (Figure 51). En effet, et comme je l'ai déjà sous-entendu précédemment, nos formations durant nos années de faculté sont très limitées et sans doute incomplètes. Elles représentent un nombre d'heure très faible par rapport au nombre d'heures totales réalisées pendant ces six années d'étude. Puis les formations pendant notre pratique professionnelle sont insuffisantes voire inexistantes. Par exemple et à ce jour, la société Form'UTIP proposant des formations continues aux pharmaciens d'officine ne propose aucune formation concernant le MPH ou les troubles de type TDAH (44). Pareillement pour les sociétés UTIP innovations ou Maformationofficinale.com, qui proposent des formations en DPC ou e-learning. Aucune de ces sociétés ne propose actuellement une formation sur les troubles de l'hyperactivité ou le méthylphénidate (45,46). Les seules formations que j'ai trouvées sur internet sont : un DU à Paris spécifique sur le TDAH ouvert à tous les professionnels de santé (même si le pharmacien n'est pas cité dans la liste de tous les professionnels invités) (47); ainsi que des formations à Paris, Strasbourg ou Mulhouse (48,49). Ces formations, nous le voyons, sont très limitées voire inexistantes pour certaines régions et certaines villes.

Seriez-vous demandeur de formation sur le TDAH, sa prise en charge ou le méthylphénidate ?

361 réponses

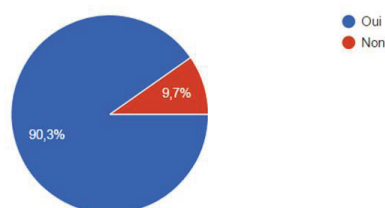
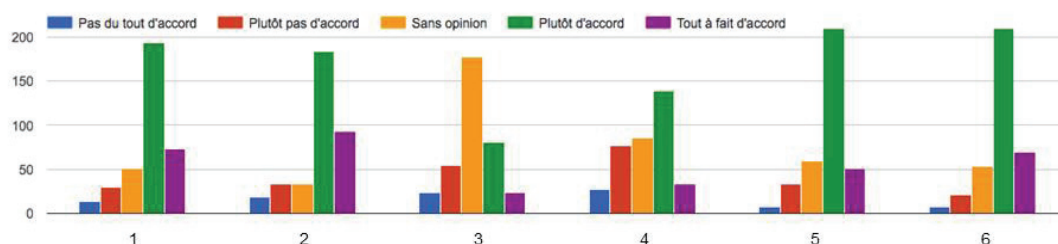


Figure 51 – Taux de demandes de formations par les officinaux

Face à ce constat, nous pouvons affirmer l'importance de proposer des formations aux pharmaciens d'officine. De plus, ces derniers restent ouverts à différentes formes possibles de formation (Figure 52) : DPC, e-learning, fiches, articles, ou par des professionnels qualifiés. Par exemple, certains praticiens hospitaliers ont pris pour habitude d'envoyer aux pharmaciens une page d'explication sur la consultation avec le patient, son trouble et son médicament. Cet envoi est alors réalisé sous forme de fax ou d'e-mail, et la pharmacie destinataire est choisie par le patient lui-même. Malheureusement, je pense que cette démarche est trop peu pratiquée ; alors qu'elle semble très intéressante. D'ailleurs, c'est ce qui en ressort à la fin de mon questionnaire.

Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?



Questions :

1. DPC
2. E-learning
3. Groupes de pairs
4. Fac (durant les 6 années d'étude)
5. Articles, revues
6. Professionnels qualifiés

Figure 52 – Formes des formations souhaitées

Seriez-vous intéressé(e) par un apport d'informations concernant le trouble et/ou le médicament du patient avant sa venue ?

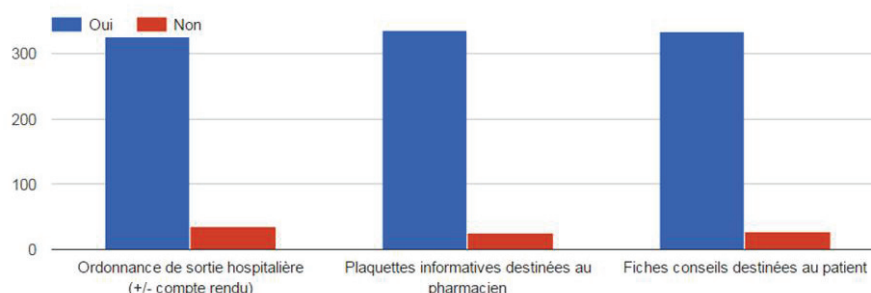


Figure 53 - Intérêt des pharmaciens d'officine pour un apport d'informations médicales précédant la venue des patients

En effet, les réponses montrent que les pharmaciens seraient davantage satisfaits s'il y avait un apport d'information qui précède régulièrement la venue du patient (Figure 53). Pour cela, il faut continuer à encourager et favoriser la coordination des soins entre l'hôpital et la ville, plus particulièrement pour les ordonnances de sortie. Il existe aujourd'hui de nombreux moyens de communication entre les praticiens hospitaliers (qu'ils soient médecins ou pharmaciens) et les praticiens officinaux : e-mail, téléphone, fax. Néanmoins, la méthode à privilégier reste la messagerie sécurisée Monsisra®, implantée depuis un certain temps en région Auvergne Rhône-Alpes. Elle permet le transfert sécurisé de messages et de documents entre professionnels de santé, empêchant ainsi de briser tout secret professionnel – étroitement lié à la confiance du patient envers son soignant –.

Par ailleurs, cette dernière question évoquait la possible circulation de plaquettes informatives ou de fiches conseils. La majorité des pharmaciens sont favorables à cette pratique également. C'est donc un point important à soulever et dont il faudrait réfléchir à une éventuelle mise en place. En effet, les pharmaciens expriment ici un besoin et celui-ci devrait être pris en compte pour améliorer la prise en charge globale des patients. Par contre, je le rappelle, nous avons un

devoir de renseignements et de recherche d'informations face à nos méconnaissances. Alors peut-être que la recherche personnelle d'informations prend trop de temps, et qu'il serait préférable d'avoir des outils à disposition directement ; chaque pharmacien est libre d'en décider.

Etonnamment, il existe déjà une fiche synthétique (Annexe 10) ; elle a été réalisée par l'ANSM et elle est présente sur le site Cespharm.fr (50). En fait, cette fiche explique comment fonctionne le traitement par méthylphénidate, en insistant davantage sur les effets indésirables potentiels et les suivis nécessaires à réaliser tout au long de cette médication. A la vue de ces résultats, il semble ainsi évident que très peu de pharmaciens en aient connaissance : où peut-être ne la considèrent-ils pas suffisante. Ce manque de communication et de transmission d'informations est dommage ; d'autant plus que les pharmaciens montrent plutôt un intérêt à avoir ce type de document au comptoir. Il serait judicieux, déjà de comprendre pourquoi cette fiche est méconnue aujourd'hui, mais surtout de la diffuser davantage auprès des pharmaciens d'officine, peut-être sous un autre format ou via d'autres sites internet. Malheureusement, faute de temps, je n'ai pas pu me pencher plus sur cette problématique. Je pense cependant que c'est un travail intéressant qui mérite réflexion.

En tout cas, et à travers ces résultats, j'ai pu faire un état des lieux de la perception des connaissances par les pharmaciens d'officine concernant à la fois le MPH et le TDAH ; et analyser leurs représentations. Nous pouvons conclure que les connaissances globales des officinaux sondés semblent insuffisantes, mais qui peuvent néanmoins se comprendre grâce à plusieurs facteurs que nous avons vu, mais aussi par la polyvalence demandée dans notre profession. Pareillement, certaines représentations mériteraient d'être creusées

davantage afin d'étudier les raisons de leurs apparitions, d'autant que certaines, trop nombreuses, sont contradictoires avec notre devoir d'impartialité et d'avis scientifiques. Il a été intéressant de discuter ainsi, des raisons possibles et des potentielles conséquences liées à ces représentations – dont la liste était non exhaustive je le rappelle –. Enfin, il n'a pas été étonnant de remarquer l'absence de formation proposée et du manque d'outils apportés aux pharmaciens, à la fois sur le TDAH et sur le MPH. Nous pouvions alors par avance deviner les besoins des pharmaciens d'officine, besoins qui ont effectivement été révélés par mon questionnaire.

Conclusion

Dans ce travail, j'ai proposé une définition du TDAH et du MPH. Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité est un syndrome complexe, qui nécessite un diagnostic médical précis puis une prise en charge collaborative, bienveillante et adaptée à chaque situation. Médicalement reconnue, cette pathologie peut concerner des enfants, des adolescents ou des adultes, méritant tous une prise en charge adéquate. Le traitement médicamenteux, lui, le méthylphénidate, commercialisé et validé scientifiquement, demande de la rigueur, de la vigilance et une certaine compréhension par tous les partis (patient, médecin, pharmacien, entourage...) afin de garantir son efficacité et une tolérance acceptable. Il permet de soulager les patients atteints par ce syndrome, et il améliore nettement leur qualité de vie, en plus des méthodes non médicamenteuses. Ces données théoriques et pratiques, sont connues des pharmaciens d'officine, malgré le manque de formation, comme nous l'avons vu dans l'étude.

Face aux polémiques actuelles ; qui d'un côté infirme l'existence du TDAH par des arguments politiques, économiques ou sociologiques, et de l'autre côté discrédite totalement l'utilisation et l'efficacité du méthylphénidate ; les pharmaciens officinaux doivent rester en accord avec les recommandations scientifiques. Heureusement, ces derniers se montrent majoritairement imperméables à ces débats, laissant plutôt place aux écrits scientifiques et conclusions médicales. Pourtant, les arguments avancés pour décrédibiliser ce syndrome sont nombreux ; mais les officinaux semblent tout à fait capables d'ignorer ces dires. Puis, les quelques représentations inquiétantes retrouvées pourraient sans doute être la conséquence d'un manque de formation important. Malgré des connaissances et compétences insuffisantes observées dans l'ensemble, ils ne ressentiraient que peu de difficulté, et encore moins de réticence à prendre en charge ces patients. C'est pourquoi cette

indifférence aux polémiques et cette capacité d'adaptation, dont les pharmaciens officinaux font preuve, permettront d'accentuer la confiance des patients.

Aujourd'hui, la place du pharmacien au sein du parcours de soin est capitale. Pour le grand public, il représente la disponibilité, la proximité et le savoir du médicament. Il est aussi le garant d'un accès sécurisé et équitable à la prise en charge médicamenteuse. C'est pourquoi l'impartialité, le professionnalisme, l'absence de représentation et de jugement doivent prévaloir. Ainsi, la profession sera d'autant plus reconnue pour ses compétences, et se verra autorisée à la réalisation de nouvelles missions toujours plus gratifiantes. Ces actions auront toujours pour objectif principal la prise en charge efficace et sécurisée du patient, qui n'est autre que la finalité de notre profession.

CONCLUSIONS

THESE SOUTENUE PAR : Mme VAUCHER Marie

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité a connu une popularisation au cours de ces dernières années, syndrome étant ainsi de plus en plus connu du grand public. Pareillement, le méthylphénidate voit une évolution de son utilisation au cours de ces dernières années. En effet, les diagnostics seraient plus nombreux mais la connaissance du médicament s'améliore également au fil du temps. Il est donc plus facile de débiter une prise en charge par ce traitement et d'en apprécier l'efficacité. Pourtant, aujourd'hui, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et le méthylphénidate, traitement de référence, sont au cœur de polémiques publiques, bien que leur existence et leur efficacité ont été validées scientifiquement.

Face à des débats publics, le pharmacien d'officine a le devoir de rester impartial et garder un avis professionnel sur les discussions. Les arguments médicaux et scientifiques doivent primer face aux arguments sociaux et financiers. Ainsi, leurs méthodes d'exercice ne devraient pas en être influencées. Pourtant, certains patients sembleraient affirmer le contraire. Nous avons alors décidé d'étudier ces retours à travers un questionnaire.

Ce questionnaire en ligne fut envoyé à la totalité des pharmaciens d'officine de la région Auvergne Rhône-Alpes. Trois cent soixante et une réponses ont été récoltées et analysées. La première observation concerne les états de connaissances et de compétences des pharmaciens d'officine sur le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et le traitement, le méthylphénidate ; qui se sont avérées insuffisantes. Heureusement, les connaissances sur le médicament sont meilleures que celles sur le syndrome : en tant que professionnels du médicament, ces résultats sont rassurants. La seconde partie visait à étudier leurs représentations. Même si elles ne semblent pas influencées par les arguments des détracteurs du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, il en reste pourtant des faussées et partagées

par un certain nombre d'officinaux. Par ailleurs et en majorité, leurs méthodes d'exercice ne se sont pas montrées influençables par leurs représentations ; même si le contraire s'observe pour une petite partie d'entre eux.

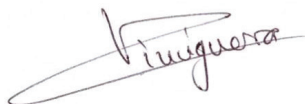
Face à ces résultats, nous avons pu conclure que l'impartialité des officinaux n'est pas sans failles, mais que la majorité d'entre eux se tiennent à leurs devoirs et à leurs exigences professionnelles.

Vu et permis d'imprimer, Lyon, le 22 mai 2019

Le Président de la thèse, Professeur L. ZIMMER

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'L. Zimmer'.

Vu, la Directrice de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Faculté de Pharmacie
Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,
Professeure C. VINCIGUERRA

A handwritten signature in red ink, appearing to be 'C. Vinciguerra'.

Bibliographie

1. Blog 75. Blog 75: Dessins de presse [Internet]. Blog 75. 2017 [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: http://monblog75.blogspot.com/2017/04/dessins-de-presse_40.html
2. Corazza L. Le TDAH (Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité) [Internet]. mamlynda. 2016 [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: http://mamlynda.blogspot.com/2016/10/le-tdah-trouble-de-lattention-avec-ou_8.html
3. Bange F, éditeur. TDA-H: trouble déficit de l'attention, hyperactivité : aide-mémoire : Paris, France: Dunod; 2014. xvii+481.
4. Belanger S, Vanasse M. Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Montréal, Canada: Éd. du CHU Sainte-Justine; 2011. 190 p.
5. Wodon I. Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent: comprendre et soigner le TDAH chez les jeunes. Wavre, Belgique: Mardaga; 2009. 227 p.
6. Laëtitia C. Haute Autorité de santé. déc 2014;199.
7. Delion P, éditeur. L'enfant hyperactif: son développement et la prédiction de la délinquance: qu'en penser aujourd'hui ? 2ème Edition. Bruxelles: Edition Fabert; 2010. 1 p. (Temps d'arrêt/Lectures).
8. Haute Autorité de Santé - Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH): repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2012647/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille
9. Comprendre le TDAH [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-deficit-attention-hyperactivite-tdah/comprendre-tdah>
10. WHO EMRO | Outcomes of children with attention deficit/hyperactivity disorder: global functioning and symptoms persistence | Volume 23, issue 9 | EMHJ volume 23, 2017 [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.emro.who.int/emhj-volume-23-2017/volume-23-issue-9/outcomes-of-children-with-attention-deficithyperactivity-disorder-global-functioning-and-symptoms-persistence.html>

11. Ménéchal J, Misès R, éditeurs. L'hyperactivité infantile: débats et enjeux. Paris: Dunod; 2004. 1 p. (Psycho sup. Cliniques, Sciences humaines).
12. Landman P, Frances AJ. Tous hyperactifs ?: l'incroyable épidémie de troubles de l'attention. Paris, France: Albin Michel, DL 2015; 2015. 223 p.
13. Sonuga-Barke EJS. The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neurosci Biobehav Rev.* nov 2003;27(7):593-604.
14. Association Hypersupers TDAH. HyperSupers - TDAH France - [Internet]. HyperSupers - TDAH France. 2016 [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/>
15. L'utilisation des stimulants dans le traitement du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité. *Paediatr Child Health.* déc 2002;7(10):701-4.
16. Iskander E. Médicaments pour le TDAH [Internet]. *santementaleqc.* 2017 [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <https://elsaiskander.wixsite.com/santementaleqc/medicaments-pour-le-tdah>
17. American Psychiatric Association. DSM V.pdf [Internet]. Google Docs. 2013 [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: https://docs.google.com/file/d/0B_xpcySB9uWfejF1S0xILU95Y2M/edit?usp=embed_facebook
18. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F90-F98>
19. Catégories cliniques (2ème partie) Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent [Internet]. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblio_bd/cftmea/cftmealb.html
20. VIDAL - TDAH - Prise en charge [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1471/tdah/prise_en_charge/
21. Google [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.google.com/>
22. Hyperactivité : l'essor inquiétant de la « drogue de l'obéissance » [Internet]. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/sante/20150216.OBS2610/hyperactivite-l-essor-inquietant-de-la-droque-de-l-obeissance.html>

23. enfant hyperactif - YouTube [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: https://www.youtube.com/results?search_query=enfant+hyperactif+
24. VIDAL : Base de données médicamenteuse pour les prescripteurs libéraux [Internet]. VIDAL. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
25. Thériaque [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: http://www.theriaque.org/apps/recherche/rch_simple.php#
26. Is Ritalin the same as methamphetamine? - Quora [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.quora.com/Is-Ritalin-the-same-as-methamphetamine>
27. MPH par ANSM [Internet]. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b2137a9c7ec0a6113a7b8cf9c504384c.pdf
28. Innervation de la pupille - Ophtalmologie [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://ophtalmologie.pro/innervation-pupille/>
29. EurekaSanté par VIDAL - L'information médicale grand public de référence [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/>
30. Résumé des caractéristiques du produit - METHYLPHENIDATE MYLAN PHARMA LP 18 mg, comprimé à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68296221&typedoc=R>
31. Meddispar - Critères [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Criteres>
32. Methylphenidate.pdf [Internet]. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <https://fondationsommeil.com/wp-content/uploads/2014/02/Methylphenidate.pdf>
33. Tebartz van Elst L, Maier S, Klöppel S, Graf E, Killius C, Rump M, et al. The effect of methylphenidate intake on brain structure in adults with ADHD in a placebo-controlled randomized trial. *J Psychiatry Neurosci JPN*. 2016;41(6):422-30.
34. Hennissen L, Bakker MJ, Banaschewski T, Carucci S, Coghill D, Danckaerts M, et al. Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of

Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *CNS Drugs*. mars 2017;31(3):199-215.

35. Wang L-J, Chou M-C, Chou W-J, Lee M-J, Lin P-Y, Lee S-Y, et al. Does Methylphenidate Reduce Testosterone Levels in Humans? A Prospective Study in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 01 2017;20(3):219-27.

36. astrashepsout. Les craintes liées au méthylphénidate [Internet]. TDAH 2016. 2016 [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <https://tdah2016.wordpress.com/2016/03/12/les-craintes-liees-au-methylphenidate/>

37. Théorie du complot de Big Pharma. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9orie_du_complot_de_Big_Pharma&oldid=155393151

38. Quand Big Pharma joue avec notre santé - Le Point [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/quand-big-pharma-joue-avec-notre-sante-27-08-2013-1718248_57.php

39. ALERTE cholestérol - Désinformation médicale dans 17 grands médias [Internet]. Santé Nature Innovation. 2014 [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.santenatureinnovation.com/alerte-medicaments-anti-cholesterol/>

40. La Grande Supercherie du Cholestérol [Internet]. La Grande Supercherie du Cholestérol. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: <http://phil443.unblog.fr>

41. *Cholestérol, le grand bluff*. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Cholest%C3%A9rol,_le_grand_bluff&oldid=147919777

42. La démographie des pharmaciens - Le pharmacien - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2>

43. Prévalence. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pr%C3%A9valence&oldid=150839807>

44. Notre catalogue de formations [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur:

<https://www.formutip.fr/nos-themes/>

45. Les formations pour pharmacien de Ma Formation Officinale [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.maformationofficinale.com/formations>
46. DPC E-Learning | De chez vous ou à l'officine ! | UTIP Innovations [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.utipinnovations.fr/presentation-elearning-dpc>
47. Paris Descartes | Le site de l'Université de Paris Descartes [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.parisdescartes.fr/>
48. Accueil - APEPPU [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.apeppu.fr/>
49. Formation TDAH : évaluation et prise en charge [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: </formation/troubles-comportement-tdah-prise-en-charge/>
50. Cespharm - Vous et le traitement du TDAH par méthylphénidate - brochure [Internet]. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Vous-et-le-traitement-du-TDAH-par-methylphenidate-brochure>

ANNEXES

Annexe 1 - Critères de diagnostic du TDAH par le DSM-V (Français) (3,7,14)

A. Présence de (1) ou (2) :

(1) Inattention : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (ex : a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long).
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : leur esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait).
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre ; complique et

désorganise le travail ; gère mal le temps ; ne respecte pas les délais fixés).

- f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contre-coeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article).
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).
- h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne »).
- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).

(2) Six des symptômes suivants d'hyperactivité/impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadaptée et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.

- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situation qui nécessitent de rester assis).
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est

inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).

- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e) Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" (ex : incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité, ou comme difficile à suivre).
- f) Souvent, parle trop.
- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex : termine la phrase de leur interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation).
- h) A souvent du mal à attendre son tour (ex : lorsque l'on fait la queue)
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui, sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font).

B. Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 12 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (par exemple école, travail, maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours du trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués

par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).

Présentations cliniques :

- **Déficit de type mixte ou combiné : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.**
- **Déficit de type inattention prédominante : le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.**
- **Déficit de type hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.**

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Diagnostic Criteria

A. A persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with functioning or development, as characterized by (1) and/or (2):

1. **Inattention:** Six (or more) of the following symptoms have persisted for at least 6 months to a degree that is inconsistent with developmental level and that negatively impacts directly on social and academic/occupational activities:

Note: The symptoms are not solely a manifestation of oppositional behavior, defiance, hostility, or failure to understand tasks or instructions. For older adolescents and adults (age 17 and older), at least five symptoms are required.

- a. Often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, at work, or during other activities (e.g., overlooks or misses details, work is inaccurate).
 - b. Often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities (e.g., has difficulty remaining focused during lectures, conversations, or lengthy reading).
 - c. Often does not seem to listen when spoken to directly (e.g., mind seems elsewhere, even in the absence of any obvious distraction).
 - d. Often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (e.g., starts tasks but quickly loses focus and is easily sidetracked).
 - e. Often has difficulty organizing tasks and activities (e.g., difficulty managing sequential tasks; difficulty keeping materials and belongings in order; messy, disorganized work; has poor time management; fails to meet deadlines).
 - f. Often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (e.g., schoolwork or homework; for older adolescents and adults, preparing reports, completing forms, reviewing lengthy papers).
 - g. Often loses things necessary for tasks or activities (e.g., school materials, pencils, books, tools, wallets, keys, paperwork, eyeglasses, mobile telephones).
 - h. Is often easily distracted by extraneous stimuli (for older adolescents and adults, may include unrelated thoughts).
 - i. Is often forgetful in daily activities (e.g., doing chores, running errands; for older adolescents and adults, returning calls, paying bills, keeping appointments).
-

2. **Hyperactivity and impulsivity:** Six (or more) of the following symptoms have persisted for at least 6 months to a degree that is inconsistent with developmental level and that negatively impacts directly on social and academic/occupational activities:
Note: The symptoms are not solely a manifestation of oppositional behavior, defiance, hostility, or a failure to understand tasks or instructions. For older adolescents and adults (age 17 and older), at least five symptoms are required.
- a. Often fidgets with or taps hands or feet or squirms in seat.
 - b. Often leaves seat in situations when remaining seated is expected (e.g., leaves his or her place in the classroom, in the office or other workplace, or in other situations that require remaining in place).
 - c. Often runs about or climbs in situations where it is inappropriate. (**Note:** In adolescents or adults, may be limited to feeling restless.)
 - d. Often unable to play or engage in leisure activities quietly.
 - e. Is often "on the go," acting as if "driven by a motor" (e.g., is unable to be or uncomfortable being still for extended time, as in restaurants, meetings; may be experienced by others as being restless or difficult to keep up with).
 - f. Often talks excessively.
 - g. Often blurts out an answer before a question has been completed (e.g., completes people's sentences; cannot wait for turn in conversation).
 - h. Often has difficulty waiting his or her turn (e.g., while waiting in line).
 - i. Often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations, games, or activities; may start using other people's things without asking or receiving permission; for adolescents and adults, may intrude into or take over what others are doing).
- B. Several inattentive or hyperactive-impulsive symptoms were present prior to age 12 years.
- C. Several inattentive or hyperactive-impulsive symptoms are present in two or more settings (e.g., at home, school, or work; with friends or relatives; in other activities).
- D. There is clear evidence that the symptoms interfere with, or reduce the quality of, social, academic, or occupational functioning.
- E. The symptoms do not occur exclusively during the course of schizophrenia or another psychotic disorder and are not better explained by another mental disorder (e.g., mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder, personality disorder, substance intoxication or withdrawal).

Specify whether:

314.01 (F90.2) Combined presentation: If both Criterion A1 (inattention) and Criterion A2 (hyperactivity-impulsivity) are met for the past 6 months.

314.00 (F90.0) Predominantly inattentive presentation: If Criterion A1 (inattention) is met but Criterion A2 (hyperactivity-impulsivity) is not met for the past 6 months.

314.01 (F90.1) Predominantly hyperactive/impulsive presentation: If Criterion A2 (hyperactivity-impulsivity) is met and Criterion A1 (inattention) is not met for the past 6 months.

Annexe 3 – Les degrés de sévérité du TDAH selon le DSM-V (Français)

(3,14)

- Léger : peu de symptômes au-delà de ceux requis pour faire le diagnostic sont présents, sinon aucun, et ils n'entraînent qu'une gêne mineure dans le fonctionnement social ou professionnel.
- Modéré : des symptômes ou une altération fonctionnelle entre « légers » et « sévères » sont présents.
- Sévère : beaucoup de symptômes en plus de ceux requis pour faire le diagnostic sont présents, ou plusieurs symptômes particulièrement sévères, ou des symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel.

Annexe 4 – Les degrés de sévérité du TDAH selon le DSM-V (Anglais) (17)

Specify current severity:

Mild: Few, if any, symptoms in excess of those required to make the diagnosis are present, and symptoms result in no more than minor impairments in social or occupational functioning.

Moderate: Symptoms or functional impairment between "mild" and "severe" are present.

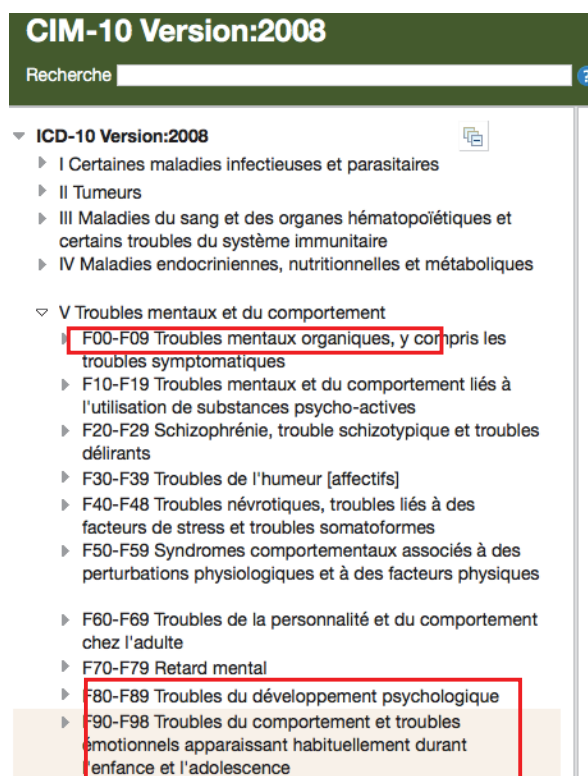


Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

61

Severe: Many symptoms in excess of those required to make the diagnosis, or several symptoms that are particularly severe, are present, or the symptoms result in marked impairment in social or occupational functioning.

Annexe 5 – Accéder au TDAH dans la CIM-10 (18)



Annexe 6 – Accéder au TDAH dans la CIM-10 (18)

Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)

F90 Troubles hyperkinétiques

Groupe de troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. Les troubles peuvent s'accompagner d'autres anomalies. Les enfants hyperkinétiques sont souvent imprudents et impulsifs, sujets aux accidents, et ont souvent des problèmes avec la discipline à cause d'un manque de respect des règles, résultat d'une absence de réflexion plus que d'une opposition délibérée. Leurs relations avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ils sont mal acceptés par les autres enfants et peuvent devenir socialement isolés. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

Excl.: schizophrénie (F20.-)
troubles (de):

- anxieux (F41.-)
- envahissants du développement (F84.-)
- humeur (F30-F39)

F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention

Altération de l'attention:

- syndrome avec hyperactivité
- trouble avec hyperactivité

Excl.: trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites (F90.1)

F90.1 Trouble hyperkinétique et trouble des conduites

Trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites

F90.8 Autres troubles hyperkinétiques

F90.9 Trouble hyperkinétique, sans précision

Réaction hyperkinétique de l'enfance ou de l'adolescence SAI
Syndrome hyperkinétique SAI

Annexe 7 – Accéder au TDAH dans la CFTMEA (19)

CLASSIFICATION FRANCAISE DES TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT. CFTMEA R-2000

Axe I : CATEGORIES CLINIQUES

7.0 Troubles hyperkinétiques

7.00 Hyperkinésie avec troubles de l'attention

Classer ici les troubles décrits en France par l'expression instabilité psycho-motrice .

Du point de vue symptomatique, cet ensemble, est caractérisé par :

- sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désorganisée, incoordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité ;
- sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation motrice incessante.

Les relations de ces enfants avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue.

Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations, par exemple, en relation duelle ou dans une situation nouvelle.

Inclure :

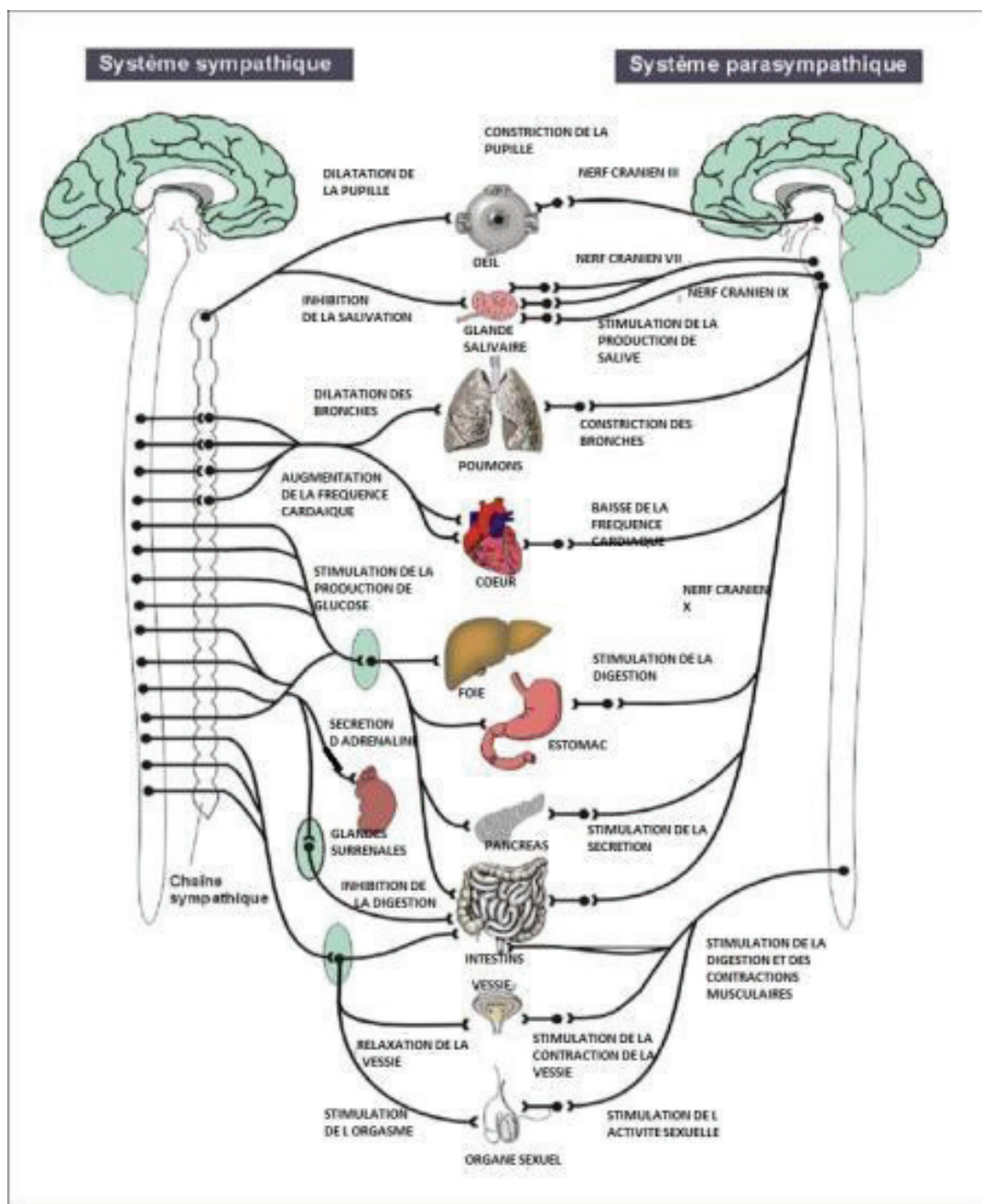
- déficit de l'attention avec hyperactivité.

Exclure :

- les troubles de l'attention sans hyperactivité motrice proprement dite
- l'activité excessive adaptée à l'âge (chez les petits enfants notamment) ;
- les manifestations à type d'excitation maniaque (à classer, selon les cas, dans les catégories 1 ou 3).
- réaction hyperkinétique de durée limitée.

Correspondance avec la CIM10 : F 90 troubles hyperkinétiques

Annexe 8 - Distinction entre le système nerveux orthosympathique et parasympathique (28)



Annexe 9 - Questionnaire

Les représentations des pharmaciens influencent-elles leurs dispensations ?

Chers confères, consoeurs,

Je suis actuellement étudiante en pharmacie (5ème année) et je réalise une thèse qui vise à étudier l'influence des représentations (sur les traitements ou les pathologies) des pharmaciens sur leurs dispensations quotidiennes.

Pour cela, j'ai pris l'exemple du méthylphénidate et du TDAH (Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité), trouble où le méthylphénidate est indiqué. Ce médicament a, autre fois, beaucoup fais débat. Il serait donc intéressant d'analyser l'évolution des dispensations et/ou des idées reçues.

Les réponses sont évidemment anonymes et nous permettront d'avancer sur nos méthodes de prises en charge des patients.

Le questionnaire ne vous prendra que 5 minutes.

A la fin de cette enquête, vous pourrez observer les pré-résultats directement et serez destinataires des résultats finaux ainsi que des conclusions qui s'en suivent.

L'objectif final, pour moi et pour vous, sera d'améliorer la coordination du parcours du soin des patients au sein du système de santé; pour ceux atteints de ce trouble, ou ceux ayant cette thérapeutique; tout en optimisant la communication interprofessionnelle.

Merci d'avance de votre collaboration et pour le temps consacré à ce questionnaire, et à l'amélioration de notre activité professionnelle.

*Obligatoire

1. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Un homme
☐ Une femme

2. Vous travaillez dans une officine : *

Une seule réponse possible.

- ☐ en milieu urbain
☐ en milieu rural
☐ dans un centre commercial ou un aéroport ou une gare

3. Votre code postal ? *

4. Votre statut : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Pharmacien titulaire
☐ Pharmacien adjoint
☐ Etudiant en pharmacie

5. Votre expérience en pharmacie d'officine (jobs étudiants compris) : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Moins de 10 ans
☐ Entre 10 et 20 ans
☐ Entre 20 et 30 ans
☐ Plus de 30 ans

Le méthylphénidate (RITALINE, QUASYM, MEDIKINET, CONCERTA)

6. Comment évalueriez-vous vos connaissances et compétences sur le méthylphénidate (pharmacologiques et réglementaires) ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Aucune connaissance	☐	☐	☐	☐	☐	Très bonnes connaissances

7. Quelles sont vos représentations concernant le méthylphénidate ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
C'est un médicament dangereux	☐	☐	☐	☐	☐
C'est un médicament rarement vu au comptoir	☐	☐	☐	☐	☐
C'est un traitement validé, qui a prouvé son efficacité	☐	☐	☐	☐	☐
C'est un médicament détourné, utilisé comme une drogue	☐	☐	☐	☐	☐
C'est un produit à prescription et dispensation trop réglementées	☐	☐	☐	☐	☐
C'est un médicament trop prescrit, sans réelles nécessités	☐	☐	☐	☐	☐
C'est un médicament qui attire les toxicomanes et les ennuis	☐	☐	☐	☐	☐
C'est un produit possédant trop d'indications	☐	☐	☐	☐	☐

8. Pensez-vous que vos représentations influencent vos dispensations ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 1 - Pas du tout
☐ 2 - Rarement
☐ 3 - Quelques fois
☐ 4 - Souvent
☐ 5 - Toujours

9. De manière générale, êtes-vous réticent(e) à dispenser ce médicament ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 1 - Pas du tout
☐ 2 - Rarement
☐ 3 - Quelques fois
☐ 4 - Souvent
☐ 5 - Toujours

10. De manière générale, vous sentez-vous en difficulté lors de la dispensation de ce médicament ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 1 - Pas du tout
☐ 2 - Rarement
☐ 3 - Quelques fois
☐ 4 - Souvent
☐ 5 - Toujours

11. Si oui, pourquoi ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Trop peu confronté(e) à la dispensation de ce médicament pour me sentir compétent(e)	☐	☐	☐	☐	☐
Sentiment d'anxiété face à un patient potentiellement dépendant	☐	☐	☐	☐	☐
Caractère réglementaire de la prescription et de la dispensation	☐	☐	☐	☐	☐
Méconnaissance du produit	☐	☐	☐	☐	☐
Médicament risqué ou dangereux	☐	☐	☐	☐	☐
Méconnaissance des troubles associés	☐	☐	☐	☐	☐

12. Combien réalisez-vous de dispensation de méthylphénidate par mois ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 0
- ☐ Entre 1 et 3
- ☐ Entre 3 et 5
- ☐ Entre 5 et 10
- ☐ Plus de 10

Le TDAH

13. Quelles sont vos représentations concernant le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
C'est un trouble à la mode	☐	☐	☐	☐	☐
"C'est psychologique"	☐	☐	☐	☐	☐
C'est un prétexte pour avoir accès au méthylphénidate (abus, drogue)	☐	☐	☐	☐	☐
C'est un trouble avec une faible prévalence	☐	☐	☐	☐	☐
C'est un trouble peu diagnostiqué en France	☐	☐	☐	☐	☐
La prise en charge du TDAH, autre que médicamenteuse, est suffisante	☐	☐	☐	☐	☐
Il ne concerne que les enfants	☐	☐	☐	☐	☐

14. Comment évalueriez-vous vos connaissances et compétences sur le TDAH ? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Aucune connaissance	☐	☐	☐	☐	☐	Très bonnes connaissances

15. Comment évalueriez-vous vos capacités et compétences d'explication du trouble et de sa prise en charge au patient et/ou à sa famille ? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Incapable	☐	☐	☐	☐	☐	Tout à fait capable

16. Seriez-vous demandeur de formation sur le TDAH, sa prise en charge ou le méthylphénidate ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

17. Si oui, sous quelle(s) forme(s) ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Articles, revues ou quotidiens spécialisés	☐	☐	☐	☐	☐
Groupes de pair	☐	☐	☐	☐	☐
Intervention de professionnels (médecins spécialisés, pharmaciens formés, laboratoires pharmaceutiques)	☐	☐	☐	☐	☐
DPC	☐	☐	☐	☐	☐
E-learning	☐	☐	☐	☐	☐
Formation accentuée pendant les 6 années universitaires uniquement	☐	☐	☐	☐	☐

18. Seriez-vous intéressé(e) par un apport d'informations concernant le trouble et/ou le médicament du patient avant sa venue ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Fiches conseils destinées au patient	☐	☐
Ordonnance de sortie hospitalière (+/- compte rendu)	☐	☐
Plaquettes informatives destinées au pharmacien	☐	☐

Annexe 10 – Fiche de l'ANSM « Vous et le traitement du TDAH par méthylphénidate »



LE MÉTHYLPHÉNIDATE EST SOUMIS À DES CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE PARTICULIÈRES

Sa prescription initiale et ses renouvellements annuels doivent être faits à l'hôpital. Ils sont réservés aux spécialistes et/ou aux services spécialisés en neurologie, psychiatrie et pédiatrie. Les renouvellements mensuels d'ordonnance peuvent quant à eux être effectués par tout médecin exerçant en ville ou à l'hôpital.

La prescription s'effectue sur une ordonnance sécurisée et est limitée à 28 jours.

Vous devrez préciser à votre médecin le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance, celui-ci devra l'inscrire sur l'ordonnance.

Votre médecin devra indiquer la posologie, la durée de traitement et les quantités prescrites en toutes lettres sur l'ordonnance.

La délivrance est exécutée dans sa totalité par votre pharmacien uniquement si elle est présentée dans les **3 jours** suivant la date indiquée sur l'ordonnance. Au-delà de ce délai, elle n'est exécutée que pour la durée de traitement restant à courir. Lors des renouvellements mensuels de traitement, les deux ordonnances doivent être présentées au pharmacien (ordonnance initiale du spécialiste et ordonnance de renouvellement faite par tout médecin).



Déclaration des effets indésirables

Il est important de prévenir les professionnels de santé qui vous entourent si vous pensez que ce médicament est à l'origine d'un effet indésirable (réaction non voulue). Vous avez la possibilité de déclarer vous-même un effet indésirable en remplissant un formulaire disponible sur le site internet de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (www.ansm.sante.fr) et en l'envoyant au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) de votre région (dont les coordonnées sont indiquées au dos du formulaire de déclaration), mais il est fortement recommandé d'en parler préalablement à votre médecin ou votre pharmacien.



VOUS et... le traitement du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) par méthylphénidate

Ce qu'il faut savoir avant de commencer le traitement

Votre médecin vient de proposer le méthylphénidate pour votre enfant. Ce médicament est indiqué chez l'enfant de 6 ans et plus dans la prise en charge du Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH), en complément des mesures éducatives, psychologiques et sociales appropriées déjà proposées ou mises en place. Le TDAH est défini à partir de différents symptômes que sont le déficit de l'attention, l'hyperactivité motrice et l'impulsivité. Ces symptômes entraînent une gêne fonctionnelle chez l'enfant à l'école, lors des activités de loisir ou à la maison. Le traitement par méthylphénidate a ainsi pour objectif d'améliorer la concentration de votre enfant et d'agir sur ses capacités attentionnelles.

Comme tous les médicaments, le méthylphénidate peut être responsable d'effets indésirables et ne doit pas être prescrit dans certaines situations présentées ci-après.

Aussi, avant de commencer le traitement, il est important de discuter avec votre médecin de ces situations et des risques associés au traitement et décrits dans cette plaquette.

Une attention particulière doit être portée sur certains effets graves.

RISQUES POUR LA SANTÉ MENTALE OU LE COMPORTEMENT (RISQUES NEUROPSYCHIATRIQUES)

> Avant le traitement, signalez à votre médecin :

- toute autre maladie pour laquelle votre enfant serait déjà pris en charge ;
- tout trouble de la santé mentale, du comportement, de l'humeur ou de l'appétit, chez votre enfant et y compris dans sa famille.

> Pendant le traitement, signalez rapidement à votre médecin la survenue ou l'aggravation :

- de tics moteurs : contractions répétées, difficiles à contrôler de certaines parties du corps ;
- de tics verbaux : répétition de sons et de mots ;
- d'une agressivité ou d'un comportement hostile ;
- d'une agitation, d'une anxiété ou d'une tension nerveuse ;
- d'un manque d'appétit ou d'un refus de se nourrir ;
- d'hallucinations (voir, entendre ou sentir des choses qui ne sont pas réelles) ou d'illusions (perceptions déformées de sensations réelles) ;
- de signes de type paranoïaque (méfiance, susceptibilité exagérée, jugement faux, interprétation hâtive) ;
- de signes évoquant une dépression (grande tristesse, désespoir, impression d'inutilité, culpabilité) ;
- de sautes d'humeur ou de modification de l'humeur (notamment des symptômes correspondant à une surexcitation physique et psychique).

Prévenez immédiatement votre médecin en cas d'idées ou de comportement suicidaires.

RISQUES DE RETARD DE CROISSANCE ET DE DIMINUTION DE PRISE DE POIDS

Le méthylphénidate pourrait ralentir la croissance et la prise de poids. Il est donc nécessaire de surveiller le poids et la taille avant le début du traitement puis au moins tous les 6 mois. Lorsque le traitement est pris sur l'année, il convient de l'arrêter pendant 2 mois pour rattraper ces retards, le cas échéant.

Médicaments concernés à base de méthylphénidate : Ritaline, Concerta, Quasym.

RISQUES POUR LES VAISSEAUX DU CŒUR ET DU CERVEAU (RISQUES CARDIOVASCULAIRES ET CÉRÉBROVASCULAIRES)

> Avant le traitement, signalez à votre médecin :

- si vous êtes suivi par un cardiologue ;
- et
- tout problème cardiaque, chez votre enfant mais aussi dans sa famille (crise cardiaque, insuffisance cardiaque, affection cardiaque à la naissance...), ainsi que l'existence de mort subite inexpliquée ;
- toute affection des vaisseaux sanguins du cerveau (accident vasculaire cérébral, anévrisme cérébral, inflammation des vaisseaux, vasculrite...).

> Pendant le traitement, signalez rapidement à votre médecin la survenue de :

- palpitations, douleurs dans la poitrine, perte de connaissance inexpliquée, difficultés à respirer ;
- maux de tête sévères, engourdissement, faiblesse ou paralysie d'un membre, altération de la coordination, de la vision, de la parole, du langage ou de la mémoire.

MÉSUSAGE (UTILISATION NON CORRECTE) ET DÉPENDANCE

Lorsque le méthylphénidate n'est pas utilisé dans le strict respect de la prescription du médecin, il peut entraîner un comportement anormal, des hallucinations, des idées délirantes, une dépendance (impossibilité de se passer de consommer une substance sous peine de souffrance physique et/ou psychique ou d'une altération du fonctionnement social) et une accoutumance (manque d'efficacité des doses usuelles à l'origine d'une augmentation progressive de celles-ci pour obtenir le même effet).

Prévenez votre médecin si vous observez de tels effets pendant le traitement.

Un suivi régulier du traitement permet de prévenir ces éventuels effets indésirables :

- il est nécessaire de surveiller la tension artérielle, la fréquence cardiaque (rythme des battements du cœur), la taille, le poids et de rapporter toute autre sensation inhabituelle ou changement d'humeur ou de comportement ;
- la durée de traitement doit être limitée. Le médecin pourra arrêter le traitement au moins une fois par an pour savoir si le médicament est encore nécessaire ou s'il peut être arrêté.

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon et l'Université Claude Bernard Lyon 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon est engagé dans une démarche de lutte contre le plagiat. De ce fait, une sensibilisation des étudiants et encadrants des thèses a été réalisée avec notamment l'incitation à l'utilisation d'une méthode de recherche de similitudes.

VAUCHER Marie

**TDAH/Méthylphénidate et pharmaciens d'officine : quelles représentations ?
Quelles pratiques ?**

Th. D. Pharma., Lyon 1, 2019, 134p

RESUME

Actuellement, le TDAH et le méthylphénidate, traitement de référence, sont au cœur de polémiques publiques, bien que leur existence et leur efficacité ont été validées scientifiquement. Face à celles-ci, les pharmaciens d'officine devraient rester impartiaux et leur méthode d'exercice ne devrait pas en être influencée. Pourtant, certains patients sembleraient affirmer le contraire. Une étude a donc été menée, sous forme de questionnaire, afin d'analyser les degrés d'influence des représentations - propres à chaque pharmacien d'officine - sur leur pratique officinale. Heureusement, malgré leur manque de connaissance et de compétences qu'ils assument, et malgré le manque de formation qu'ils regrettent, ces professionnels restent en majorité fidèle à leurs exigences professionnelles. En d'autres termes, ils font confiance aux écrits scientifiques, et font la distinction entre avis personnels ou publiques et avis professionnels. Les officinaux garantissent alors une prise en charge optimale de leur patientèle, en permettant un accès aux soins pour tous.

MOTS-CLES TDAH - Hyperactivité
Méthylphénidate
Pharmacien, officine
Représentations, points de vue
Pratique, exercice officinal
Influence
Polémique, débat

JURY M. ZIMMER Luc, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier
M. DESOMBRE Hugues, Docteur en Médecine
Mme INIGO-PILLET Aline, Docteur en Pharmacie et Praticien Officiel
M. DODE Xavier, Docteur en Pharmacie et Praticien Hospitalier

DATE DE SOUTENANCE

Vendredi 28 juin 2019

ADRESSE DE L'AUTEUR

12 bis avenue des terreaux - 69360 Saint Symphorien d'Ozon