

Année 2021

2021 TOU3 1047
2021 TOU3 1048

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Julie DUCHOZE
&
Marion ROULPH

Le 06 juillet 2021

**Applicabilité du test abrégé de Conners selon le ressenti des médecins
généralistes, en soins premiers chez l'enfant à partir de six ans, pour
l'aide au dépistage du TDAH, en région Occitanie.**

THESE QUALITATIVE EN « FOCUS GROUP »

Directeur de thèse : Dr Leïla LATROUS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH
Madame le Docteur Leïla LATROUS
Madame le Docteur Mélanie CAMBORDE
Madame le Docteur Sophie HUREAU

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAUY Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FRIXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		

Professeurs Emerites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTÉ Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIP Patrice	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUCHEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUDA Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOVHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SCMMET Agnès	Pharmacologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique		
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	P.U. Médecine générale	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. BOYER Pierre	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SALLER Laurent (C.E)	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elio (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Française	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements communs aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE :

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse, ainsi que pour l'intérêt que vous avez porté à notre sujet. Merci de votre disponibilité et de votre réactivité lors de nos échanges. Veuillez recevoir le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH :

Veuillez recevoir nos plus sincères remerciements pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse, et de nous apporter votre regard sur ce sujet. Merci de l'intérêt que vous portez à notre sujet de recherche.

A Madame le Docteur Leïla LATROUS :

Nous te remercions sincèrement d'avoir accepté de diriger notre thèse et de nous avoir guidées tout au long de notre travail, dans cette méthode qualitative, et plus particulièrement autour de l'organisation en focus group. Merci de ton enthousiasme pour notre sujet de travail, que tu prends plaisir à enseigner aux futures générations d'internes.

A Madame le Docteur Mélanie CAMBORDE :

Merci d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Nous sommes honorées d'être le premier binôme de thésardes dont vous jugerez le travail et auquel vous apporterez votre regard d'expert. Merci pour vos conseils lors de notre rencontre, et pour les pistes que vous nous avez données pour notre recherche.

A Madame le Docteur Sophie HUREAU :

Nous sommes heureuses d'être les premières thésardes dont tu jugeras le travail à l'occasion d'une soutenance de thèse, et nous réjouissons de l'intérêt que tu portes à ce sujet.
Merci de représenter dans ce jury le département du Gers, où l'histoire de notre binôme a démarré.

Remerciements communs

Nous souhaitons remercier l'administration de la faculté de médecine de Toulouse et notamment Mme Françoise HAUDRY qui a su apporter les réponses à l'ensemble des questions administratives que qui se sont posées au cours de notre cursus médical et notre travail de thèse.

Nous remercions le Docteur Brigitte ESCOURROU, le Docteur Laëtitia GIMENEZ et le Docteur Isabelle CISAMOLO pour leur aide méthodologique précieuse lors des ateliers thèses organisés par le DUMG.

Nous remercions bien évidemment la bibliothèque universitaire de Toulouse pour le prêt des ouvrages nécessaires à la réalisation de notre travail.

Merci à nos correcteurs, Anne et Philippe JAGOT, pour leur relecture et leur aide dans la mise en page et la présentation de notre travail.

Merci à Monsieur Ferdinand BRUNNER, pour sa relecture et ses corrections linguistiques.

Nous remercions le Docteur Pierre-Louis LAMONZIE pour le temps consacré à notre rencontre et son expertise précieuse autour de ce sujet d'étude.

Un grand merci au Docteur Barbara LESOURD que nous avons eu l'occasion de rencontrer au centre hospitalier d'Auch lors de notre stage commun de pédiatrie. Merci de nous avoir fourni de nombreux documents à destination du grand public sur le TDAH et surtout de nous avoir fait découvrir le test de Connors.

Enfin, nous remercions chaleureusement l'ensemble des médecins ayant participé à nos focus group, ainsi que les animateurs. Un grand merci pour ces moments de partage, pleins de convivialité et qui sont la base de tout notre travail. Nous espérons que notre rencontre autour de ce sujet vous aura donné envie d'explorer un peu plus le TDAH.

Remerciements personnels de Julie

Merci à mes parents, d'avoir toujours été là pour moi. De m'avoir toujours donné les moyens pour réussir ce que je voulais entreprendre.

Je remercie mon papa de m'avoir soutenue pendant le long parcours de l'externat, d'avoir été là pour répondre à mes nombreux coups de téléphones et me re-booste quand je voulais tout abandonner.

Je remercie ma maman de m'avoir fait grandir à travers l'expérience de vie que l'on a traversée. Cette période difficile nous aura permis de tisser des liens nouveaux d'autant plus forts. Et bravo à toi, je suis fière.

Je vous aime, merci pour tout.

Merci à mon frère,

d'avoir répondu présent quand je lui ai demandé. Tel chien et chat pendant l'enfance, j'aime la relation que l'on a su développer maintenant. Merci aussi pour ton humour et ta passion de la vie. Je te souhaite du bonheur pour ta vie future.

A mes amis,

Merci à Claire,

ma meilleure amie depuis maintenant 10 ans, cette soirée au clair de lune à discuter jusqu'au petit matin. Tu es celle qui me connaît dans mes bons et mes mauvais moments. Merci d'avoir été là quand j'en ai eu besoin, du soutien que tu as su m'apporter pendant ce parcours. Tu auras toujours une place privilégiée malgré la distance.

Merci à Bobby, qui se reconnaîtra.

Je remercie la vie d'avoir croisé ton chemin. Que de souvenirs avec toi, tu es celle qui a su me suivre dans mes folies sans me juger. Quelle joie d'avoir partagé avec toi mon premier grand voyage en solo. J'ai hâte de te revoir fin août et de voir la princesse à qui tu vas donner la vie. Tu seras la plus formidable des mamans.

Merci à Léa,

d'avoir partagé avec moi de nombreux « footings » au Lac de la Ramée qui se finissaient plutôt en séance de papotage. Merci aussi pour ces soirées et ces moments de rigolades passés ensemble.

Merci à Léa,

cette fille croisée par hasard au détour d'une soirée que j'ai aimée pour sa folie, sa joie de vivre, son optimisme. Un vrai rayon de soleil que je n'ai plus quitté.

Merci à Elodie,

je me souviendrai de cette première fois où l'on s'est parlé, à se confier l'une à l'autre sans trop se connaître. Merci à la vie d'avoir fait ta rencontre. Merci pour tout ce que tu as pu m'apporter et pour tout ce que tu m'apporteras encore. Merci du temps que tu peux m'accorder lors de nos lo(oo)ngs échanges... qui j'espère dureront encore longtemps.

Merci aux copains de Niort pour ces nombreuses soirées inoubliables.

Merci aux filles du foyer à Angers,

sans qui cette première année de médecine aurait eu un goût beaucoup plus amer.

Merci à la colocation « le Harem »,

grâce à qui le premier confinement du COVID 19 a été plus facile à vivre.

Et merci à tous ceux que je n'ai pas cités plus haut mais qui m'ont apporté énormément au cours de mon parcours notamment Guillaume, Mathilde, Elyse, Clémence, Mathilde bis...

A mes maîtres de stages,

Merci à Dominique et Alain, mes premiers maîtres de stage. Ils m'ont permis d'avoir un premier contact agréable avec la médecine générale.

Merci à l'équipe des urgences de Villefranche de Rouergue,

et plus particulièrement à Olivier et Aude qui m'ont permis de me sentir en sécurité malgré le stress que j'avais à l'approche de ce stage. Merci aussi à l'ensemble de l'équipe soignante qui a su me faire confiance... Je n'oublierai pas le bizutage de la dernière journée.

Merci au Docteur Éric CHARPIN,

qui a su être présent et réactif lorsque j'en ai eu besoin. Un grand merci à toi.

Merci à Stefy,

qui a su me faire découvrir la médecine sous un autre jour. Je n'oublierai pas tous les conseils que tu as su me donner, tu es un exemple de par ton courage et ta détermination. Et merci à ton mari pour ses bons petits plats.

Merci à Laurence et Michel,

qui m'ont accueilli chez eux comme si j'étais leur fille. Un grand merci de la confiance que tu as su m'accorder, Michel. Merci à Laurence pour l'écoute que tu as su avoir et surtout merci pour ta cuisine qui est on ne va pas se le cacher... un délice (surtout la mousse au chocolat) !

Merci à l'ensemble de l'équipe de la Closerie,
de m'avoir permis de m'épanouir pleinement au sein d'une équipe. Merci de m'avoir accueillie parmi vous. J'ai hâte de partager les nouvelles aventures qui nous attendent. Je tiens à remercier tout particulièrement Isabelle, une secrétaire en or qui a été pour moi comme une « seconde maman ».

Merci à l'ensemble des membres du personnel soignant que j'ai eu l'occasion de croiser pendant mes études médicales et qui m'ont apporté quelque chose m'ayant permis de grandir et d'être qui je suis aujourd'hui.

Merci à Bianca, ma petite boule d'amour.

Et merci à Marion d'avoir accepté de réaliser ce travail avec moi. Une sacrée aventure mais on a su se motiver l'une et l'autre. Je suis heureuse d'avoir croisé ton chemin et d'avoir vécu trois semestres en colocation à tes côtés. Vivement notre week-end à Port Aventura !

Remerciements personnels de Marion

Merci :

A mes parents, qui m'ont toujours poussée à faire des études, m'ont toujours soutenue dans mes choix, tant de vie que professionnels, et qui ont toujours été d'un soutien sans faille face aux difficultés que j'ai pu rencontrer dans ce long parcours.

Il ne saurait exister de mot assez fort pour vous exprimer ma gratitude et ma reconnaissance pour les valeurs et l'éducation que vous m'avez transmises et inculquées et pour tout l'amour que je vous porte, et qui font de moi la femme et le médecin que je suis aujourd'hui. J'espère vous rendre fière au couronnement de ces dix années d'études. Je vous dédie entièrement ce travail.

A Moignon, mon grand frère, qui a su être un modèle pour moi et un pilier dans mon équilibre de vie. Je t'aime de tout mon cœur et je te dédie ce travail.

A ma mamie Yolande, pour ta douceur, l'apaisement que tu me procures chaque fois que je suis près de toi, pour être le soutien et le fil conducteur de toute notre famille.

A ma tatie Cécile, pour ton amour et ton soutien inébranlable au fil de mes longues études.

A mon papy Gustave et ma mamie Nicole, pour leur courage au quotidien, leur douceur et leur soutien.

A toute ma famille : Jules, Lara, Ferdi, Anne, Pauline, bébé Julia, Marcounet, Lorène, Tonton Arnaud, Charlène, Mimi, Tonton Oliv', Vanessa, Lucas, Tatie Isa, Paul et Thomas. A Balata.

A Jacotte, Josiane, Pilou et Karine, Patrick et Sylvie, Chantal, Cat Cat, Jean Michel. A ma belle-famille Lou, Malo, Marie-Ange et Philippe.

A toute cette grande famille qui m'a soutenue et vue grandir au fil de mes études et plus, et qui montre que la famille ne tient pas que de la génétique.

A Gérard et Jacques, mes grands-pères d'adoption, pour m'avoir toujours soutenue et accompagnée dans ce long chemin. Je vous témoigne toute mon affection.

A Quentin, mon vieux lama, mon Gemelo, toujours présent malgré les années et la distance, pour notre amitié indissoluble et pour ton courage dans tes dures épreuves de vie qui inspirent tout le respect que je te porte.

A Juliette, mon âme sœur, sans qui je ne serais pas la même personne. A tous nos souvenirs depuis que je t'ai rencontrée à cet arrêt de bus (bonbons piments, collier coquillage, abricots du Piton des Neiges, Croatie, et j'en passe !), à nos coups durs et aux joies que nous avons traversées ensemble. Tu es une femme extraordinaire, je suis fière et chanceuse de pouvoir te compter parmi mes amis et ma famille.

A Marie, pour nos quinze ans d'amitié, de bons vins, de fous rires à n'en plus compter, de souvenirs innombrables, de soutien dans les moments difficiles mais aussi pour les larmes de rires versées, et pour tout ce qu'il nous reste à vivre jusqu'à être deux petites vieilles assises sur un banc à regarder les gens qui passent, en sirotant un kir.

A Romane, pour ta douceur, pour nos retours de soirées à vélo, pour tes mots toujours réconfortants, ton écoute et ta bienveillance constante qui font de toi une amie parfaite.

A Benjamin, pour tes valeurs, ton amitié, ton humour, ton petit déhanché sur le dance floor, et pour être la personne intègre que tu es et sur qui je sais pouvoir toujours compter.

Et bien sûr, à notre futur voyage au Vietnam.

A mes babouins des îles, la team Roger Lavergne : *Clémence, Gaël, Arnaud, Marion et Valentine*, pour tous nos souvenirs, et pour toutes nos épreuves de vies traversées ensemble qui ont forgé les adultes et médecins que nous sommes aujourd'hui.

A tous les affreux ruthénois, SSR Le Pirée, pour nos moments plaisir passés ensemble depuis notre rencontre à mon premier semestre d'internat, et qui j'espère n'auront jamais de fin :

A Ben, Marie Pâté Boulette et Roro, pour toutes ces raisons évidentes que seul le cœur saurait énoncer mais non écrire, *A Alice* pour ta gentillesse, ton ouverture d'esprit et ta belle personnalité qui font de toi quelqu'un d'exceptionnel, *A Baptou* pour ta gentillesse et ton amour du rouquin, *A Jean Boyer* pour ton humour et le parrain extraordinaire que tu as été, *A Parsy et Margaux* pour votre joie de vivre et votre amour pour Céline qui « enchante » nos soirées, *A Ône-Lise* pour ta douceur et ta capacité à relever les défis impossibles (tel que faire rentrer l'équivalent d'un camion de vêtements dans une chambre d'internat de 10m²), *A Margaux Sichi et Pascal* pour suinter la bonne humeur à chacune de nos rencontres, *A Martin et Marie T* pour votre sens de la fête mais aussi pour regrouper toute la famille ruthénoise à chaque occasion qui se présente, *A Chastel* pour avoir été avec moi le dernier des Ruthénois au comptoir du Gustave, *A Claire* pour ton entrain dans les soirées ruthénoises, *A Thibault et Camille* pour votre douceur, votre gentillesse qui rendent nos rencontres si agréables, *A Axelle* pour être tout simplement une amie merveilleuse, et à *Sandy et Zéphyr* pour vous témoigner toute l'affection que je vous porte.

A Gus et à Croquette.

Aux copains Auscitains : *Laurie, Thibault, Louise, Clément, Aza, Mayssa, Mike, Andréa, Fred, Touphile, Sophy, Lulu et Lili, Baptiste et Nono, Marie L, Pierrick, Marine, Bousquette*, que j'ai pu rencontrer en internat ou en coloc, merci pour tous ces beaux moments ensemble.

Une pensée particulière à *Lisa*, ma coloc pour nos six mois déracinés hors du Gers, et à ce verre que nous n'aurons jamais bu avec notre voisin de palier.

A mes colocos adorées Popotte et Clara, pour votre bonne cuisine, vos rires, votre bonne humeur, et pour nos moments confinement inoubliables entre piano, tricot, moi moche et mignon.

A *Lolo* pour cette belle rencontre en Aveyron, pour ton honnêteté dans notre amitié, pour nos rires et pour j'espère encore d'autres belles aventures à venir.

Aux filles : Popo, Lisa, Elenie, Isaline, Marie, Romane, Laetitia, Mathilde pour votre amitié et nos soirées inoubliables.

Aux belles grosses : Julie, Marie, Romane, Mathilde pour nos voyages inoubliables.

Au sexy docs : Maëva, Léna, Sophie, Charlotte et Marie, pour avoir marqué mon externat Bordelais par votre amitié, nos fous rires et nos amours bancales.

Au Conf groupe 2 : Marie, Romane, Pierrick, pour nos soirées travail et rires à la BU et pour les nuggets disparus de Marie.

Aux copains Bordelais-Toulousains d'adoption, pour les souvenirs d'externat et les soirées déguisées annuelles qui sont l'occasion de tous se retrouver.

Au Dr Olivier MESSY, ami et tout premier médecin qui ait marqué mes études. Je suis fière de te montrer aujourd'hui le couronnement de ce long travail.

Au Dr Bertrand TISNE, premier médecin généraliste à m'avoir reçu en stage sur le terrain et avoir suscité ma vocation à devenir médecin généraliste.

Aux Docteurs Karine FICAT-PRADEL et Patrick SEGUIN, pour m'avoir transmis leur passion de la médecine générale rurale et pour m'avoir guidée sur ma première année d'internat.

Au Dr Jacky MARSEILLAN, pour m'avoir transmis ta passion pour la médecine de la femme, et pour le soutien professionnel et personnel que tu as su m'apporter, je te témoigne toute mon affection.

Aux Docteurs Pierre ARNAUTOU, Xavier SAZY, Nicolas THORESON, et Christophe POULIGNY, mes coups de cœur de l'internat, qui m'ont donné un dernier semestre d'études au-delà de toute attente et dont je me souviendrai. Merci pour votre joie de vivre, les fous rires, et vos enseignements à « faire les choses sérieusement sans se prendre au sérieux ». Ne changez rien, et pour tout le reste, OSBLC !

Aux Docteurs Stéphanie LAUGIER, Mélanie PULCRANO, Martine CAMALLIERES, Marie-Josée RASPAUD, ainsi qu'à tous les médecins des services de pédiatrie et de gynécologie du CH d'Auch, pour m'avoir reçue dans leur services hospitaliers en tant qu'interne et pour tous leurs enseignements précieux.

Aux Docteurs Alain VIEILLES CAZES, Nathalie HANSELER-CORREARD, Isabelle BALLENGHIEN, Sylvie DOMAS, Pierre SOUVIRON pour leur tutorat et leur compagnonnage au cours de mon internat.

A Julia PERRIN, pour tout ce que tu m'as apporté dans ma formation sur la médecine de la femme, pour nos rires en consultation, et pour l'amie que tu es devenue aujourd'hui.

A Marie-Neige PASSARIEU, parce qu'il paraît que « l'amour est dans le Gers » ; merci pour tout ce que tu fais pour accueillir les internes au sein du beau département du Gers qui est maintenant devenu mon département d'adoption, merci pour ton travail acharné pour faire découvrir ce fabuleux terroir aux médecins de demain et lutter contre la désertification médicale. Tu es un rayon de soleil, une de mes plus belles rencontres dans ce département et une amie chère à mon cœur. Pour toutes ces raisons je te dédie ce travail.

Aux Docteurs Cédric Chazoule et Christophe Vican, anciennement maîtres de stage, aujourd'hui collaborateurs et amis, qui ont participé à forger mon parcours par leurs enseignements, qui loin d'être superfétatoires, ont su reconduire ma route jusqu'à Miélan plage et sa superbe cascade.

A Super Adeline, Virginie et Christine, pour nous aider au quotidien, et surtout supporter nos blagues pourries (D'ailleurs on dit Montréjeau ou Mon(t)réjeau ?)
A toute la team de Miélan, Mélanie et Benoit, Jean jean et Baba, Joëlle et Eric, Camille, Léonie et Eva, pour tous les bons moments passés ensemble. En attendant notre Gers Pride sur un air de Divas du dancing, je vous souhaite ensemble une longue route d'aventures, ponctuées de bonbons coeur, de randonnées, de Zenith, de Petite Marmite et bien sûr de Ligretto !

A tous les maîtres de stage, médecins, paramédicaux, secrétaires médicales et patients qui ont croisé ma route et fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui : merci pour tout.

A Tom, pour ton soutien quotidien, nos passions partagées, ta sensibilité, nos voyages et surtout pour tout l'amour que tu me donnes au quotidien. Je t'aime infiniment et je vous souhaite la plus longue et palpitante des aventures ensemble.

Evidemment, *à Julie*, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour, et à notre amitié issue de ce travail (ou l'inverse ?), née autour de Kinder, de lapin, de tisane et de plaid sur un vieux canapé défraîchi. Nous avons passé ensemble une période ardue à la rédaction de ce travail, alors évidemment je te le dédie et nous le dédie.

J'ai découvert en toi une personne extraordinaire, une amie précieuse sur qui je sais pouvoir toujours compter et j'espère que notre amitié sera inébranlable (on verra cela bientôt sur les grands-huit à Port Aventura !)

Enfin, une pensée toute particulière pour *mon papy Dédé* qui aurait été fier...

Serment d'Hippocrate

*“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.
J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.
Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.*

*J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances.
Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission.
Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.
Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.*

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
MATERIEL ET METHODES	7
I Stratégies de recherches	7
1. Choix de la méthode	7
2. Bibliographie	7
3. Profil des chercheurs.....	8
II Population d'étude	8
1. Echantillonnage et recrutement de la population cible.....	8
2. Critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible.....	9
3. Critères de réalisation du test.....	9
4. Ethique et consentement à l'étude	10
III Réalisation des focus group et analyse qualitative	10
1. Etape 1: Recueil des données.....	10
2. Etape 2: Retranscription des données et anonymisation.....	11
3. Etape 3 : Codage et analyse thématique des données	11
RESULTATS	13
I Talon socio-démographique	13
II Réponse à la question de recherche	14
1. Utilisation du test en consultation.....	14
1.1 Pour quel type de consultation ?.....	14
1.1.1 Aigu ou suivi.....	14
1.2 Le test dans la consultation :	14
1.2.1 A quel moment dans la consultation ?.....	14
1.2.2 Comment le test est-il présenté aux parents ?.....	15
1.2.3 Comment le médecin amène-t-il le test ?.....	15
1.2.4 Par qui le test est-il rempli ?	15
1.2.5 La présence du médecin.....	16
III Autour du test	16
1. Avantages du test	16
1.1 Rapidité du test	16
1.2 Facilité de compréhension des questions.....	17
1.3 Possibilités de se procurer le test	17
2. Inconvénients, freins, biais liés au test	17
2.1 Manque de temps et redondance des tests de dépistage	17
2.2 Manque de connaissances du médecin	18
2.3 Difficultés de l'orientation et de la prise en charge.....	18
2.4 Subjectivité de l'échelle de réponse au test.....	19
2.5 Accessibilité du test	19
3. Intérêt du test dans le cadre du dépistage.....	19
4. Acceptabilité du test par les parents	20
4.1 Le test était bien accepté par les parents.....	20

4.2	Rapidité du test	21
4.3	Inquiétude vis-à-vis de la santé de leur enfant	21
5.	Cotation.....	21
6.	Comment améliorer le test ?	22
6.1	Supprimer la phrase d’annotation.....	22
6.2	Revoir l’échelle du test.....	22
IV	Utilisation par la suite, amélioration du dépistage	23
1.	Le test avant l’étude	23
1.1	Connaissance et utilisation du test avant l’étude ?	23
2.	Comment améliorer le dépistage ?.....	23
2.1	Formation des médecins	23
2.2	Sensibilisation des parents.....	23
2.3	Sensibilisation professionnels au contact d’enfants	24
2.4	Mettre le test dans le carnet de santé	24
2.5	Mettre le test dans le logiciel médical ou sur des sites référencés.	25
3.	Utilisation dans le futur.....	25
3.1	Oui, mais de manière ciblée ou systématique ?.....	25
3.2	Non, pas d’utilisation dans le futur.....	26
3.3	Rôle du médecin généraliste dans ce dépistage.....	27
	DISCUSSION.....	28
I	Autour de l’étude	28
1.	Limites de l’étude	28
1.1	Sur la méthode	28
1.1.1	Biais de méthodologie	28
1.1.2	Biais de recrutement	28
1.1.3	Biais d’échantillonnage.....	28
1.1.4	Biais affectif.....	28
1.1.5	Effet de soumission au groupe.....	29
2.	A propos des résultats	29
II	Analyse des données confrontées à la littérature.....	30
1.	Dépistage ciblé ou dépistage systématique ?	30
2.	Et avant six ans ?	30
III	Forces de l’étude	30
IV	Perspectives	31
1.	Les perspectives innovantes.....	31
2.	La formation des médecins généralistes	33
3.	La prise en charge thérapeutique du TDAH	33
	CONCLUSION.....	34
	BIBLIOGRAPHIE	35

TABLE DES ABREVIATIONS

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité

HAS : Haute Autorité de Santé

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder

GP: General Practitioner

TSLA : Trouble Spécifique du Langage et des Apprentissages

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire abrégé de CONNERS (version du questionnaire destiné aux parents)

ANNEXE 2 : Talon socio-démographique

ANNEXE 3 : Formulaire de consentement

ANNEXE 4 : Guide d'entretien

ANNEXE 5 : Extrait du tableau de codage

ANNEXE 6 : Détail des caractéristiques d'échantillon de population par focus group

ANNEXE 7 : Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre.

INTRODUCTION

« Docteur, la maîtresse a dit que mon fils était hyperactif ! »

Nous sommes de plus en plus nombreux à être confrontés à cette situation. Connu depuis le XIX^{ème} siècle, le Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDA/H) semble être de nos jours «le nouveau mal du siècle». (1,2)

La prévalence du TDAH ne cesse d'augmenter depuis une dizaine d'années, pour atteindre aujourd'hui un taux de 3,5 à 5,6 % des enfants âgés de 6 à 12 ans. (3)

En 1817, Pierre BLANCHARD, évoque pour la première fois un enfant qu'il juge «touche-à-tout». Puis, c'est à partir du milieu du XIX^{ème} siècle, avec Heinrich HOFFMAN en 1845 et BOURNEVILLE en 1897, que l'on entend parler des premiers cas d'instabilité de l'enfant et de l'adulte. Dans le même temps, WALLON crée une classification nosographique du «syndrome d'instabilité de l'enfant». (1)

Ce n'est qu'au début du XX^{ème} siècle, que l'on parle pour la première fois d'hyperkinésie. Le terme sera ajouté dans le DSM II en 1974 par BRADLEY et LAUFER sous le nom de «syndrome hyperkinétique».

Et c'est seulement à partir de 1980, grâce aux recherches de Virginia DOUGLAS, que l'on commence à entendre parler de déficit attentionnel, puis en 1994 que le mot TDAH fait son apparition dans le DSM IV. (1,2)

Dans la médecine actuelle, le TDAH fait partie des dépistages recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS), à réaliser par le médecin généraliste. Celle-ci a donc fourni un guide de bonnes pratiques sur la «conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un TDAH», guide mis à jour en décembre 2014. (4)

Plusieurs études menées autour du TDAH ont souligné le retard au diagnostic de cette pathologie, d'origine multifactorielle : temps de latence trop important entre la première consultation chez le médecin et les premiers signes inquiétant les parents, absence de reconnaissance de la validité de ce trouble par les praticiens, insuffisance qualitative du réseau de santé spécialisé capable de prendre en charge un enfant présentant ce trouble, mais surtout, un manque de connaissance et de formation des médecins autour de ce sujet. (3,5-7)

En France, le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes du TDAH et la première consultation chez le généraliste est de trois ans. (3)

Le diagnostic de TDAH est complexe, car il n'y a pas de symptôme neurologique ou physique pathognomonique de cette pathologie. De plus, l'expression du TDAH est variable dans le temps, et dans ses trois principaux symptômes aspécifiques que sont le déficit d'attention, l'impulsivité et l'hyperactivité. (8)

Le diagnostic de TDAH repose ainsi sur un cumul de symptômes présents dans différents milieux de vie, mais qui varient en fonction de l'âge, du stade développemental, et s'expriment différemment selon les attentes scolaires, le contexte environnemental et la motivation de l'enfant, tendant ainsi à complexifier d'avantage le diagnostic de TDAH. (6,9)

Non diagnostiqué ou suivi, le TDAH peut avoir un impact notable sur la vie sociale et le développement des enfants concernés (vie familiale, éducative, scolaire, comportementale), et dans 70% des cas, il existe de une à trois comorbidités associées au TDAH (troubles du sommeil, troubles de l'humeur, troubles des apprentissages, troubles oppositionnels, troubles des conduites, abus de substance, obésité, troubles sphinctériens, trouble du spectre autistique, trouble anxieux), ce qui rend le dépistage d'autant plus important et nécessaire, afin d'en limiter le retard diagnostique au maximum et de permettre une prise en charge la plus précoce possible du trouble et de ses complications/comorbidités. (3,10–14)

Le médecin généraliste étant le premier recours de santé auquel s'adressent les parents des enfants suivis, et aussi l'interlocuteur privilégié avec les médecins d'autres spécialités via le parcours de soins coordonnés, il a un rôle indispensable et primordial dans l'appréciation et l'évolution développementale de l'enfant à long terme, et est donc le premier à pouvoir repérer les symptômes d'alarme évocateurs du TDAH.(15)

Devant des signes évocateurs de TDAH, chez tout enfant de 6 à 12 ans, l'Académie Américaine de Pédiatrie (*The American Academy of Paedriatric*) recommande aux médecins généralistes d'être dans une démarche de pré-diagnostic, d'initier la prise en charge et d'orienter l'enfant vers un spécialiste pouvant confirmer le diagnostic et poursuivre la prise en charge. (10,16)

Dans le cadre du dépistage du TDAH en soins premiers, plusieurs études ont proposé de mettre à disposition des médecins généralistes un outil de dépistage validé et standardisé afin d'améliorer l'adhésion des médecins aux recommandations de dépistage du TDAH. (3,4)

Ainsi, les versions abrégées des tests de CONNERS (parents et enseignants) sont validées et recommandées comme test de dépistage du TDAH, car utilisables par des observateurs non entraînés. (10)

Cependant, bien qu'elles existent, ces échelles ne sont que trop peu utilisées et le TDAH peu connu, ce qui est source de retard diagnostique et thérapeutique.

Ainsi, notre étude s'emploie à étudier l'applicabilité du test abrégé de Connors selon le ressenti des médecins généralistes, pour l'aide au dépistage du TDAH chez l'enfant à partir de six ans, en région Occitanie.

Pour notre travail, nous nous sommes donc basées sur la version abrégée du questionnaire de Connors (Annexe 1 (17)) destinée aux parents, comprenant dix questions rapides et ciblées, et validées en dépistage.(4,10)

MATERIEL ET METHODES

I Stratégies de recherches

1. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude qualitative organisée en « focus group », ou entretiens collectifs.

Nous avons choisi une méthode qualitative car notre sujet d'étude visait à recueillir le ressenti des praticiens généralistes sur la possibilité de réalisation du test de Connors abrégé en ambulatoire au sein d'une consultation pédiatrique, donc à retranscrire leurs impressions ou sentiments vis-à-vis d'une question dont la réponse est subjective.

Cette méthode a pour avantage d'utiliser la dynamique de groupe, permettant à chaque médecin de «rebondir» facilement sur une idée énoncée par l'un des participants.

Il s'agissait donc de réunir différents petits groupes de praticiens généralistes (quatre à sept praticiens par groupe) afin de recueillir des informations sur leur ressenti concernant l'applicabilité du test abrégé de Connors en consultation de routine pédiatrique.

Nous nous sommes associées en binôme de thésardes afin de procéder à une double analyse des données récoltées, et ainsi limiter le biais de subjectivité présent dans une étude qualitative.

Par ailleurs, d'autres études recensant les connaissances des praticiens généralistes sur le TDAH avaient déjà été réalisées (3,15) et suggéraient l'idée de faire réaliser un test court par les médecins généralistes afin de dépister le TDAH en consultation de soins premiers. (3)

Ainsi, nous avons choisi le test abrégé de Connors (17), de dix questions, validé en version destinée aux parents (4) (les versions longues étant de plus de cent questions donc difficilement réalisables en routine).

2. Bibliographie

Avant de proposer notre question de recherche pour validation, nous avons d'abord effectué une recherche bibliographique globale autour du TDAH et de son dépistage en médecine générale, en utilisant le réseau d'internet, ainsi que les documents bibliographiques proposés par la bibliothèque de l'Université de Toulouse, notamment pour le prêt entre bibliothèques, nous ayant permis d'avoir accès à des études d'autres facultés.

Pour la recherche internet bibliographique, nous avons utilisé les principales banques de données bibliographiques : PubMed, SUDOC, MEDLINE, CISMef et Cochrane.

Nos principaux mots clés en anglais et français pour notre recherche bibliographique étaient les suivants : *TDAH, ADHD, médecin généraliste, GP, general practitioner, dépistage, screening, CONNERS*.

Par ailleurs, ayant démarré notre recherche lors de notre stage d'internat en santé de la Femme et Santé de l'Enfant, nous avons sollicité l'avis du Docteur Barbara LESOURD, neuropédiatre et maître de stage au CH d'Auch, en charge des troubles des apprentissages, qui nous a orientées vers le test de CONNERS.

Enfin, une revue systématique de la littérature autour du dépistage du TDAH par le médecin généraliste, réalisée en 2019, en Occitanie, proposait l'idée de concevoir un questionnaire simple de dix questions basées sur les principaux symptômes du TDAH, et pouvant servir au dépistage du TDAH par le médecin généraliste.

En partant de cette idée, notre recherche bibliographique nous a menées au questionnaire abrégé de CONNERS, de dix questions, existant et validé par la HAS, que nous avons donc utilisé pour notre étude.

3. Profil des chercheurs

Les deux chercheuses de cette étude ont des profils similaires.

Aucune des deux chercheuses n'était impactée par le TDAH de manière personnelle directe, mais toutes deux étant attirées par la pédiatrie et ayant été en contact avec des enfants présentant des troubles des apprentissages au cours de leur internat ; c'est naturellement que le sujet de recherche s'est orienté dans le domaine de la pédiatrie. Nous nous sommes rencontrées au cours du 4^{ème} semestre d'internat de médecine générale, lors du stage commun de Santé de la Femme Santé de l'Enfant dans le département du Gers.

L'une des deux chercheuses (Julie) était plus avancée sur son projet de thèse et avait déjà commencé son travail de recherche bibliographique sur le sujet du dépistage de TDAH en médecine générale, supervisée par sa directrice de thèse, le Docteur Leïla LATROUS.

Au cours d'une discussion sur l'avancement de thèse de chacune, l'autre chercheuse (Marion) a fait part de son intérêt pour le dépistage du trouble des apprentissages en médecine générale ; et c'est finalement une thèse à deux chercheuses sur le dépistage du TDAH en médecine générale, qualitative, qui a été travaillée, sous la direction du directeur de thèse initial : Dr LATROUS.

II Population d'étude

1. Echantillonnage et recrutement de la population cible

L'échantillon de population cible a été évolutif au cours des focus group. Ainsi, nous n'avons à chaque fois recruté initialement qu'un médecin participant, ou animateur, pour chaque focus groupe, qui par effet « boule de neige » en a recruté un

ou plusieurs autres, selon les profils manquants, afin de créer des focus group ayant la plus grande diversité de population de médecins généralistes possible (âge, sexe, conditions et milieu d'exercice).

Le premier focus group a été initié via l'aide de notre directrice de thèse, pour le second et le troisième focus group, le premier recruteur (que Julie avait contacté pour le deuxième focus group, et Marion pour le troisième) nous a invitées à un groupe de pairs ou une réunion de cabinet auprès des autres médecins qu'il avait recrutés afin de nous présenter et d'expliquer notre étude.

Le premier recruteur de chaque autre focus group a été rencontré en amont, afin de fournir des explications sur le rôle des focus group, de fournir les tests en version papier (cinq par participant), et de répondre à d'éventuelles questions.

Le recrutement a toujours été basé sur le volontariat.

Au total nous avons recruté quinze participants.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible

Les critères d'inclusion comprenaient le fait d'être médecin généraliste de la région Occitanie, actuellement en activité libérale, en soins premiers, acceptant de faire réaliser les tests abrégés de CONNERS à des enfants différents se présentant en consultation de médecine générale pédiatrique.

Nous avons fixé le nombre de cinq tests par praticien en tenant compte des difficultés possiblement rencontrées par certains de participer à une étude dont ils ne maîtrisaient pas le sujet, mais aussi de la période COVID-19 en cours, limitant les consultations pédiatriques de routine. Aussi, le nombre de cinq tests n'était pas limitatif.

A contrario, étaient exclus de l'étude les médecins retraités, non médecins généralistes, non libéraux ou ne travaillant pas en soins de premiers recours, et les médecins n'ayant pas fait passer les tests de Connors.

3. Critères de réalisation du test

Les praticiens recrutés avaient en leur possession cinq exemplaires du test, à faire passer aux cinq premiers enfants rencontrés en consultation de médecine générale, âgés de 6 à 18 ans, sur une durée d'environ deux à trois mois (durée adaptée selon les départements, la période de l'année (plus de facilité de consultations pédiatriques en période de rentrée scolaire/sportive par exemple), du fait de la période COVID-19 et de la baisse de consultations de suivi médical de routine en pédiatrie au début de l'épidémie).

4. Ethique et consentement à l'étude

Après sollicitation du Professeur BOYER, délégué à la protection des données du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse, nous avons reçu la validation pour l'enregistrement de notre travail de thèse au tableau des conformités du DUMG selon la réglementation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Conformément à la réglementation sur la protection des données, tous les médecins interrogés ainsi que les animateurs l'ont été sur la base du volontariat, leur consentement écrit a été recueilli individuellement et par écrit avant le début d'enregistrement de chaque focus group, en leur garantissant l'anonymisation secondaire des données collectées.

L'anonymisation des praticiens, animateurs et observateurs a donc été effectuée secondairement lors de chaque retranscription d'entretien.

III Réalisation des focus group et analyse qualitative

1. Etape 1: Recueil des données

A la suite de la réalisation en consultation de ces différents questionnaires abrégés de Connors par les médecins généralistes, nous les avons rassemblés par département pour la réalisation d'un focus group.

Ces focus group étaient modérés par un animateur (extérieur à la réalisation des tests) qui posait des questions ouvertes, établies selon notre guide d'entretien (Annexe 4), auxquelles les médecins répondaient pour exprimer leur ressenti, posaient éventuellement leurs questions, sans chercher à obtenir un consensus.

Pendant les entretiens, nous avions chacune un carnet de bord pour y consigner nos notes de terrains concernant le non verbal ne pouvant être retrouvé sur l'enregistrement (tics de langages, gestes d'énervement/surprise/intérêt, etc...) et nous permettre ainsi d'être les plus fidèles possible dans la retranscription des entretiens enregistrés.

Concernant les focus group, pour le premier, quatre des médecins ont rempli les cinq tests demandés, et un des participants en a rempli spontanément plus de dix.

Sur le deuxième focus group, un des médecins rencontrés en amont lors du groupe de pairs n'a pas souhaité remplir les tests, et nous l'avons rencontré en entretien individuel (et non lors du focus group du département concerné) afin de recueillir son ressenti, et d'analyser les données de celui-ci à titre informatif. Toutefois, nous n'avons pas intégré le résultat de cette analyse de données dans notre étude car elle représentait un biais dans la méthode, dans le résultat, et ne correspondait plus à notre question d'étude ni, finalement, à nos critères d'inclusion.

Sur ce même focus group, un des médecins n'a rempli que trois tests. Nous avons tout de même intégré les données de sa participation au focus group dans notre travail de recherche, en émettant l'existence alors d'un biais de reproductibilité possible de la part du praticien concerné.

Sur le troisième focus group, tous les médecins ont rempli les cinq tests demandés.

2. Etape 2: Retranscription des données et anonymisation

Les données étaient enregistrées à l'aide d'un enregistreur vocal présent sur téléphone portable de type smartphone, puis nous les avons retranscrites sur le logiciel WORD, au mot à mot littéral et en intégralité selon la méthode de recherche qualitative, en les anonymisant (Dr X. devenant Médecin 1 etc...), afin d'obtenir le « Verbatim ».

Aucun nom, ni lieu de ville ou cabinet n'est apparu dans la retranscription, ceux-ci ayant été remplacés par la lettre X.

3. Etape 3 : Codage et analyse thématique des données

Avant l'analyse des données, nous avons individuellement procédé à une lecture flottante des entretiens, à savoir relire les retranscriptions en réécoutant les enregistrements, à l'aide de nos notes de terrain, et apporté les dernières modifications nécessaires (ponctuation, rajout des notes de terrain du non verbal sur la retranscription).

Nous avons également individuellement procédé à une réflexivité de notre étude et listé les potentiels conflits d'intérêt et biais attendus, à prendre en compte pour l'analyse de nos données, afin de pouvoir les analyser de la manière la plus fidèle et la moins subjective possible.

Nous avons ensuite réalisé le codage des données selon une analyse thématique.

Nous avons avancé au fur et à mesure, codant chaque retranscription avant de lancer un autre recrutement de focus group, afin de pouvoir améliorer notre technique de codage, et évaluer la saturation de données.

Chaque idée individualisable dans chaque verbatim a été transformée en unité de sens, et un code a été donné à cette unité de sens.

Nous avons procédé à un codage double, sur un fichier EXCEL partagé, chacune ayant un code couleur, puis mis en commun.

Pour les situations où nous étions en désaccord, nous avons réécouté les enregistrements et reformulé nos codes jusqu'à parvenir à un accord mutuel sur le codage.

Nous avons procédé à la mise des codes en sous catégories et catégories selon la même méthode de travail individuel, puis commun, toujours dans une idée de limiter le biais d'interprétation des données par le chercheur.

Nous n'avons plus renouvelé de focus group à partir du moment où il nous a semblé arriver à saturation de données dans le codage, et nos profils de participants étant assez hétérogènes pour avoir une population d'étude diversifiée, nous avons arrêté les focus group à l'issue du troisième entretien, soit au total quinze médecins pour trois focus group.

RESULTATS

I Talon socio-démographique

Le recueil des données s'est déroulé du 15 janvier 2020 au 10 septembre 2020. Trois focus group ont été réalisés. La durée moyenne d'un focus group était de 1 heure 40 minutes, dont 58 minutes d'enregistrement en moyenne. La durée minimale d'enregistrement était de 45 minutes, la durée maximale de 1 heure et 10 minutes. Le *Tableau 1* recueille les caractéristiques générales des médecins recrutés pour participer à l'étude. Le détail des caractéristiques d'échantillon de population par focus group se trouve en Annexe 5. A noter qu'un des médecins interrogés était un remplaçant non régulier, et n'a donc pas répondu à tous les items du talon socio-démographique.

Nombre de médecins interrogés				
Toulouse		Gers		Tarn et Garonne
4		4		7
Age des médecins recrutés				
<30 ans	30 – 40 ans	40- 50 ans	50- 60 ans	> 60 ans
2	6	3	3	1
Sexe				
Femmes			Hommes	
9			6	
Docteur en médecine				
Oui			Non	
14			1	
Statut d'exercice				
Installé		Collaborateur/Adjoint		Remplaçant
13		0		2
Type de patientèle				
Rurale	Semi-rurale	Semi-urbain		Urbain
2	11	1		0
Conditions d'exercices				
Cabinet seul		MSP		Cabinet partagé
0		9		5
Nombre moyen de consultations par jour				
<20		20-25		>25
1		10		3
Pourcentage de pédiatrie dans la patientèle				
<15%		15-20%		20-25%
5		6		3
Formations particulières complémentaires (pédiatrie ou indifférencié)				
Oui			Non	
7			8	
Maitre de stage universitaire				
Oui			Non	
11			4	

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population

II Réponse à la question de recherche

1. Utilisation du test en consultation

1.1 Pour quel type de consultation ?

1.1.1 Aigu ou suivi

En grande majorité, les médecins interrogés ont utilisé le test abrégé de Conners au cours des consultations de suivi pédiatrique.

Médecin 13 : « *Donc moi ça a été aussi plutôt sur des consultations de suivi de l'enfant.* »

Médecin 12 : « *Euh donc moi c'est plutôt dans les examens systématiques...* »

Certains le trouvaient en effet inadapté pour une consultation aigue, décrivant une possible incompréhension de la part des parents qui amènent leur enfant en consultation pour une inquiétude toute autre.

Médecin 14 : « *(...) mais c'est sûr que si un gamin est à 39 de fièvre et pas bien tu peux pas faire un test comme ça c'est pas possible.* »

Les médecins ayant présenté le test au cours d'une consultation pour un motif aigu, l'ont justifié par leur faible nombre de consultation de suivi pédiatrique dans leur pratique quotidienne.

Médecin 1 : « *Moi je fais beaucoup d'aigu donc du coup c'était pas dans le cadre de visite systématique, c'était plutôt au cours de consultation pour de l'aigu.* »

1.2 Le test dans la consultation :

1.2.1 A quel moment dans la consultation ?

Le test a toujours été fait après l'interrogatoire. Certains l'ont donné à remplir aux parents en même temps qu'eux examinaient l'enfant et d'autres ont préféré attendre la fin de la consultation pour pouvoir répondre à d'éventuelles questions au moment où les parents remplissaient le test.

Médecin 1 : « *A la fin de la consultation.* »

Médecin 13 : « *Plutôt en fin de consultation quand j'y pensais en fait* »

Deux médecins ont émis l'idée de donner le test avant la consultation pour que les parents puissent le remplir dans la salle d'attente.

Médecin 8 : « *Je pense qu'en salle d'attente ça doit être beaucoup plus facile à la limite de le faire faire (...)* »

1.2.2 Comment le test est-il présenté aux parents ?

Le test a été présenté comme un test utilisé dans le cadre du dépistage chez l'ensemble des enfants âgés d'au moins 6 ans.

Médecin 2: *"Ah ben tient il est dans l'âge qu'il faut je vais faire un petit test pour dépister une maladie qui s'appelle le trouble de l'attention"*

Médecin 1 : *« Ah j'ai un petit test à vous faire passer. »*

Médecin 12 : *« Moi j'ai amené comme un dépistage. »*

Certains médecins ont cependant utilisé le fait que ce soit un travail de thèse comme justification pour l'amener aux parents, cela constitue un biais que nous développons dans la discussion.

Médecin 4: *"Alors c'est vrai que je précisais plus que c'était un travail de recherche et que euh c'est qu'on aimerait un petit peu pousser les études là-dessus."*

Médecin 8 : *« Moi j'ai présenté ça aussi en disant que c'était un travail de thèse (...) »*

1.2.3 Comment le médecin amène-t-il le test ?

Comme développé en 1.1.1), la plupart des médecins réalisaient le test sur des consultations de suivi systématique plutôt que pour de l'aigu. Ils le faisaient à l'occasion du certificat de non contre-indication sportive, ou au cours de la consultation vaccinale des six ans, car cette consultation « de routine » était plus propice au dépistage.

Un des médecins soulignait qu'il était plus facile d'amener le test lors de l'interrogatoire sur d'éventuels autres troubles (alimentaire, sommeil, développement de l'enfant), notamment parce que ces troubles étaient souvent associés au TDAH.

Médecin 6: *"Ca fait partie en fait des questions que l'on devrait rajouter avec l'alimentation, le sommeil, l'énurésie"*

Médecin 2: *"«Si justement y a d'autres problématiques y a d'autant plus de chance qu'il soit TDAH je pense mais bon... parce que c'est souvent que ça s'accumule quoi... "*

Médecin 6: *"Si jamais y a des troubles qui peuvent être... comme des troubles du sommeil ou euh là je peux rebondir sur comment ça se passe à l'école et finalement ça va vite vers agitation ou euh voilà comment ça se passe euh."*

1.2.4 Par qui le test est-il rempli ?

Le test a été rempli indifféremment soit directement par les parents, soit par le médecin, qui posait alors les questions aux parents.

Médecin 1 : « Bah moi je posais les questions et je remplissais moi-même. »

Médecin 6 : « (...) je l'ai rempli parce qu'en fait en discutant je posais les questions donc c'était plus facile (...) »

Médecin 8 : « test rempli par les parents »

1.2.5 La présence du médecin

Un élément intéressant a été soulevé, concernant la présence du médecin au moment de remplir le test par les parents, évoquant que cela pourrait représenter un biais, et pousser les parents à minimiser la cotation du test, aussi par peur de jugement de la part du médecin.

Médecin 1: "parce que justement par rapport à ce que tu disais la culpabilité ils peuvent un peu sous-estimer la cotation... je sais pas."

De même, un médecin craignait que les parents puissent se sentir jugés lors de la présentation du test pour un dépistage du TDAH, surtout si celui-ci était réalisé de manière orientée devant un enfant turbulent.

Médecin 1: " justement parce que leur enfant il est turbulent ect... J pense, oui, les parents ils ont beaucoup de culpabilité"

La plupart des médecins ont cependant soulevé que cela dépendait du médecin et de la confiance dans la relation médecin-patient.

Médecin 2: "si les parents sont habitués à un médecin qui est non jugeant y a pas de soucis"

Médecin 4: "Moi alors c'est peut-être un leurre mais j'ai eu l'impression qu'ils ont réussi à répondre sincèrement (...)" "Mais effectivement c'est médecin dépendant je pense."

III Autour du test

1. Avantages du test

1.1 Rapidité du test

Les médecins étaient unanimement d'accord sur le fait que le test est rapide à faire.

Médecin 3 : « Cinq petites minutes... c'est pas... entre l'amener, poser les questions et calculer... ouais je dirais cinq petites minutes. »

Médecin 8 : « Tu ferais celui de 40 (questions) je dirais oui parce que ça te prend du temps-là là ça va vite tu peux, tu peux l'intégrer. Effectivement au cours d'un certifié de sport tu peux l'intégrer. »

Médecin 6 : « Le test abrégé non ça va vite ! »

Médecin 16 : « Non. Ça prend pas beaucoup de temps. »

1.2 Facilité de compréhension des questions

Les médecins ont trouvé les items facilement compréhensibles. Ils ont eu peu de questions de la part des parents par rapport au test en lui-même.

Médecin 1 : « C'est vrai les termes sont simples et compréhensibles par tout le monde donc bon... »

Médecin 4 : « les items étaient clairs »

Médecin 14 : « J'ai pas eu de commentaires particuliers des mères. »

1.3 Possibilités de se procurer le test

Certains médecins ont eu besoin de chercher le test par leurs propres moyens (pertes des tests donnés initialement ou volonté personnelle de faire passer un plus grand nombre de tests) et ils ont signalé l'avoir trouvé facilement sur internet.

Médecin 8 : « Oui, j'ai trouvé sur internet ! »

Médecin 3 : « J'ai réussi à le retrouver, je suis tombée dessus assez facilement. »

2. Inconvénients, freins, biais liés au test

2.1 Manque de temps et redondance des tests de dépistage

Même si les médecins étaient d'accord entre eux sur le fait que le test est court et rapide à faire en consultation, ils trouvaient que sur des journées chargées, cela pouvait-être plus compliqué à réaliser.

Médecin 3 : « c'est sûr que sur des journées « archi chargées » c'est pas forcément évident à mettre en place »

Un médecin a aussi évoqué le fait que, compte tenu du nombre important de tests de dépistage déjà existants, cela pouvait devenir difficile de trouver du temps pour les réaliser.

Médecin 8 : « Le problème c'est que si t'as tous les tests qui s'enchaînent... »

2.2 Manque de connaissances du médecin

Les médecins présents ont insisté sur le manque de formation sur ce sujet et par conséquent sur un manque de connaissances sur la suite de la prise en charge. Ils ont indiqué ne pas savoir quoi faire en cas de test positif, et noté que cela pourrait constituer un frein au dépistage du TDAH et à l'utilisation de ce test.

Médecin 12 : « *Qu'on est pas encore assez formé pour pouvoir faire la suite quoi ou alors faut adresser directement.* »

Médecin 6 : « *(...) après c'est plus qu'est ce qu'on va mettre derrière et comment on va accompagner.* »

Médecin 12 : *"Par contre il faut qu'on sache quoi faire après."*

2.3 Difficultés de l'orientation et de la prise en charge

Certains ont relevé que même en sachant la conduite à tenir, les délais de consultation pour la prise en charge de ces patients sont très longs et que cela pouvait les décourager d'effectuer le dépistage du TDAH.

Médecin 2 : « *Moi j'ai des enfants, je les ai suivis, j'ai tout fait et X (le spécialiste) est arrivé deux ans après.* »

Médecin 6 : « *Pour tout ce qui est trouble des apprentissages ou trouble du comportement t'as un an de délai.* »

Médecin 14 : *"Moi quand je dis que je ne le ferais pas (...) après tu te retrouves avec un truc qui va aboutir à pas grand-chose à la fin."*

Une interrogation a été soulevée par les médecins interrogés : savoir si un test pathologique pourrait permettre une consultation prioritaire pour l'orientation auprès des spécialistes et ainsi accélérer la prise en charge ?

Médecin 3 : *"Ben... j' l'ai dis mais le problème c'est que quand t'as la secrétaire au téléphone euh... quand elle a six mois d'attentes, elle a six mois d'attente..."*

Un des médecins ne voyait pas les difficultés d'accès au spécialiste comme un frein, considérant que ce dépistage est du ressort du médecin généraliste mais que ce n'était pas le cas de la prise en charge, réservée au spécialiste.

Médecin 3 : « *A un moment il faut en passer par le spécialiste.* » « *Au pire, si on ne fait rien d'autre, y'a au moins ça qu'on peut faire.* »

2.4 Subjectivité de l'échelle de réponse au test

Les médecins considéraient l'échelle du test comme subjective, dépendant du ressenti des parents concernant leur enfant.

Médecin 6 : « (...) entre agité ou très actif hum ça dépend des parents hein (...) »

Médecin 13 : « Mais ça reste quand même très, très subjectif quand même. »

Pour eux, il existait un biais d'objectivité si un seul des parents remplissait le test.

Médecin 15 : « Ça c'est sûr que c'est un biais. »

Médecin 16 : "Il faudrait peut-être en faire faire un par le père, un par la mère et après comparer."

Ils ont d'ailleurs eu des questions de la part des parents lors du choix entre 2 cotations de l'échelle.

Médecin 10 : "J'ai eu une maman qui a attendu pour euh pour remplir à 2 questions, de me poser une question euh sur la façon dont elle devait interpréter ce qu'elle voyait à la maison et à l'école. "

Mais globalement, les médecins s'accordaient sur le fait que le résultat total était bien tranché et qu'il n'y avait pas « d'entre deux » : Lorsque le résultat d'un test était positif (pathologique), il était franchement supérieur à 15 et inversement s'il était négatif (normal).

Médecin 3 : « Je n'ai pas eu de résultats « entre deux ». C'était soit tout va bien, soit franchement pathologique. »

2.5 Accessibilité du test

Deux médecins ont signalé avoir eu des difficultés à trouver le test abrégé de Connors par eux-mêmes.

Médecin 1 : « Ouais parce que moi je suis tombée sur le long (...) j'ai dû mettre cinq min pour le trouver le simplifié... »

Médecin 8 : « (...) il faut maquer euh 'abrégé » là, parce que sinon... »

3. Intérêt du test dans le cadre du dépistage

Certains médecins ont supposé qu'un test pathologique permettrait d'avoir une prise en charge plus rapide lors de l'adressage au spécialiste. Malheureusement, cela n'a pas été le cas du fait de la forte demande de consultations et des délais de rendez-vous éloignés.

Médecin 3 : « Ben... j'ai dit mais le problème c'est que quand t'as la secrétaire au téléphone euh... quand elle a six mois d'attentes, elle a six mois d'attente.... Test pathologique ou pas. »

En revanche, ils trouvaient intéressant d'avoir un test standardisé pour pouvoir faire le suivi de l'enfant, mais aussi de pouvoir quantifier objectivement quelque chose qui est plutôt subjectif.

Médecin 3 : « au moins on a quelque chose d'un peu standardisé et puis après je pense aussi ça peut aider pour le suivi aussi »

Médecin 10 : « Pour moi l'intérêt du test c'est qu'il essaye d'objectiver quelque chose qui est subjectif. »

Médecin 11 : « Il vient formaliser une impression. »

Ils ont également noté la surprise de dépister des enfants chez qui ils n'auraient pas suspecté un TDAH en consultation, mais dont le test s'est avéré pathologique.

Médecin 3 : « Donc ça montre bien qu'il faut peut-être tous les screener parce que là tu t'es fait avoir par le comportement en consultation finalement. »

Médecin 8 : « ouais j'ai eu un gamin où franchement euh quand j'ai vu les trucs cochés je me suis dit [...] bon moi je le trouve calme, moi quand il est chez moi il est calme. »

Médecin 12 : « (...) c'est que ... y'a des choses qu'on aurait pas mis dans du TDAH »

4. Acceptabilité du test par les parents

4.1 Le test était bien accepté par les parents

D'après les médecins, le test a été très bien accepté par les parents. Il n'y a pas eu de refus de remplir le test.

Médecin 1 : « Il n'y a pas eu de soucis ou de réticence par rapport aux parents donc voilà. »

Médecin 3 : « J'ai pas eu de frein particuliers. »

Médecin 8 : « Et y a eu franchement zéro problème. »

Les parents étaient même contents que l'on s'intéresse à leur enfant.

Médecin 6 : « Fin ils sont soucieux de leur enfant donc euh c'est pour euh c'est pour son bien être comme le sommeil 'fin... »

Médecin 7 : " Pour moi les parents, très bien. Ils sont contents qu'on pose des questions (...) "

4.2 Rapidité du test

Comme énoncé, en 1.1, l'ensemble des médecins s'accordait sur le fait que le test soit rapide.

Un des médecins a d'ailleurs signalé que le test était facilement accepté par les parents car présenté comme rapide.

Médecin 1 : « *Après les parents ils étaient très intéressés vu que je disais que ça prenait quelques minutes à peine.* »

4.3 Inquiétude vis-à-vis de la santé de leur enfant

Les médecins ont rapporté avoir fait passer le test à titre systématique. Mais ils ont été confrontés dans certaines situations à des parents inquiets vis-à-vis du comportement de leur enfant, pour qui ce test de dépistage était très bien perçu pour permettre de rassurer ou amorcer une prise en charge.

Médecin 3 : « *Ya pas eu de réticence particulière parce que ça rentrait complètement dans le cadre de la consultation.* »

Médecin 3: *"des parents qui m'emmenaient leurs enfants justement pour des problèmes de comportement, donc la consultation s'y prêtait tout à fait"*

Médecin 4 : « *(...) en disant « c'est vrai que euh qu'il se prête bien à la situation.* »

5. Cotation

Les médecins étaient majoritairement d'accord pour dire qu'étant donné la rapidité et la simplicité du test, une cotation spécifique n'était pas nécessaire, mais que si elle existait, ils l'appliqueraient bien évidemment.

Ils ont d'ailleurs précisé que la présence d'une cotation ne les inciterait pas davantage à faire le test en consultation.

Médecin 1 : « *Après si c'était côté moi ça serait pas quelque chose qui me pousserait à le faire plus ou moins.* »

Médecin 6 : « *Oui non c'est pas un frein 'fin ça fait partie du dépistage en fait donc euh comme n'importe quel dépistage de médecine générale en fait.* »

Médecin 2 : « *si y en a une cotation je l'appliquerai, je la ferai* »

Un des médecins a soulevé la nécessité de plutôt revoir la cotation de l'examen des six ans pour permettre de prendre le temps de réaliser au cours de cette consultation l'ensemble des dépistages nécessaires.

Médecin 3 : « Dans ces cas-là changer la cotation de la consultation de l'examen des six ans. » « Moi je mets une demi-heure c'est vrai que vingt-cinq euros c'est dérisoire ! »

6. Comment améliorer le test ?

Pour aller plus loin, nous avons demandé en question ouverte aux médecins ayant participé à l'étude ce qui pouvait, selon eux, être amélioré dans ce test, pour l'aide au dépistage du TDAH.

6.1 Supprimer la phrase d'annotation

L'ensemble des médecins a souligné comme un point négatif l'annotation en-dessous de la grille de cotation : « Un score supérieur à 15 peut-être considéré comme pathologique ». Selon eux, cela pouvait entraîner un biais lorsque les parents remplissent le test, visant à minimiser le score, et être une source de stress pour les parents.

Médecin 8 : « C'est super anxigène » !

Médecin 10: "Y a juste une chose moi c'est le fait qu'il y ai marqué « le score supérieur à 15 peut être considéré comme pathologique », euh j'ai pris le parti avant même de commencer les questionnaires de l'effacer, en me disant que ça pouvait influencer dans un sens comme dans l'autre"

Médecin 12 : " (...) et je me suis sentie embêtée de le voir écrit et que la maman ai vu, elle m'a dit « oui oui j'ai vu que c'était supérieur à 15 ». Je me suis fait la réflexion que oui c'était embêtant que ce soit écrit mais a posteriori quoi. "

6.2 Revoir l'échelle du test

Un des médecins a aussi suggéré de modifier l'échelle du test, qu'il trouvait trop subjective, comme énoncé en 2.2.b) .

Médecin 1 : « C'est vrai que des fois on pourrait dire que y a un peu un entre deux, mais... ça c'est plus une réflexion personnelle. »

IV Utilisation par la suite, amélioration du dépistage

1. Le test avant l'étude

1.1 Connaissance et utilisation du test avant l'étude ?

La plupart des médecins interrogés n'avaient pas connaissance de l'existence de ce test avant notre étude.

Parmi les médecins interrogés, ceux qui avaient connaissance du test abrégé de Conners avant l'étude l'utilisaient déjà en routine dans le cadre du dépistage du TDAH.

Un des médecins interrogés en avait connaissance, mais ne l'avait jamais utilisé.

***Médecin 2:** " je l'utilisais déjà"*

***Médecin 10 :** "j'en avais déjà entendu parler. Mais juste entendu parler"*

2. Comment améliorer le dépistage ?

2.1 Formation des médecins

Les médecins considéraient unanimement le manque de formation du praticien généraliste vis-à-vis du TDAH comme un frein potentiel à l'utilisation de ce test et donc au dépistage du TDAH.

***Médecin 6:** " peut-être que les professionnels de santé ils sont pas bien sensibilisés à ça"*

Afin de promouvoir le dépistage du TDAH en médecine générale, les praticiens estimaient qu'il serait utile de mieux connaître ce sujet, notamment d'en avoir eu connaissance au cours des études médicales.

***Médecin 12:** "(...) ce serait que ce soit mieux intégré dans les études clairement."*

***Médecin 12:** "Pour moi il faut un minimum connaître"*

2.2 Sensibilisation des parents

Afin d'améliorer le dépistage du TDAH, les médecins généralistes soulevaient l'importance de la sensibilisation des parents à ce sujet, notamment via l'utilisation des médias, afin de potentialiser le repérage des signes d'alertes : groupes de parole de parents sur internet, affiches informatives en salle d'attente, sites internet dédiés.

***Médecin 1:** "que les parents eux-mêmes soient plus informés sur cette pathologie"*

Médecin 6: "Ben qu'on en parle plus! Qu'on en parle sur internet euh, sur FACEBOOK, sur euh... ; Fin y'a des groupes de parents, de parole..."

Médecin 7: " Je pense que l'information c'est important aussi, mettre des affiches dans la salle d'attente, comme pour déclarer un médecin traitant..."

Médecin 1: "Oui, des affiches dans les salles d'attente ..."

2.3 Sensibilisation professionnels au contact d'enfants

Les praticiens interrogés soulevaient l'importance de sensibiliser les professionnels au contact des enfants dans le repérage de ces troubles, et notamment les enseignants et personnels éducatifs, car ce sont ceux à même de voir l'enfant dans son quotidien scolaire et dans ses apprentissages, et ainsi de dépister les éventuelles difficultés scolaires en lien avec un TDAH (et plus globalement un trouble des apprentissages).

Médecin 2: « Ils commencent de plus en plus... Alors surtout les directeurs ... Les gens plutôt... les équipes de suivi... donc ils se doivent quand même, voilà, de connaître un petit peu, pour organiser les réunions, de savoir de quoi ils parlent... Euh... donc après, on a parfois des référents de scolarité... euh, voilà qui viennent aux réunions, pour mettre en place les adaptations avec la maitresse. Y'a l'AVS, y'a les parents, les paramédicaux, souvent, qui viennent aux réunions. »

Ils soulignaient également que la suspicion d'un TDAH était plus souvent évoquée par les enseignants, et à l'origine de la consultation chez le médecin.

2.4 Mettre le test dans le carnet de santé

Afin de potentialiser le dépistage du TDAH via l'utilisation du test de Conners, les praticiens proposaient l'idée que ce test abrégé de Conners puisse être intégré au carnet de santé à la page de consultation des six ans, afin de faciliter son utilisation en consultation, et ainsi de ne pas oublier ce dépistage (notamment via la redondance des différents tests de dépistage, comme cité en 2.2.a).

Médecin 15: "Ça devient un réflexe si c'est dans le carnet de santé!"

Médecin 11: "L'intégrer dans le carnet de santé ça faciliterait le truc."

Médecin 15: "Pour moi il faudrait que ça rentre dans le carnet de santé!"

2.5 Mettre le test dans le logiciel médical ou sur des sites référencés.

Toujours dans cette idée d'améliorer le dépistage du TDAH, via l'utilisation du test abrégé de Conners, les médecins expliquaient qu'ils seraient plus enclins à utiliser ce test si celui-ci pouvait être intégré à leur logiciel médical avec un rappel à la consultation des six ans.

Médecin 7: "Moi oui, si je peux faire en sorte de l'avoir dans le logiciel."

Médecin 3: "peut-être que ce soit inclus dans les... dans les logiciels de la consultation de tel âge et « bim » y'a le CONNERS qui tombe..."

" A partir du moment où l'enfant à six ans et ... tout pile, euh... « bim » ça s'ouvre et ça se propose pour qu'on y pense... "

Suite à la remise initiale des tests de Conners, un des médecins avait d'ailleurs fait intégrer ce questionnaire à son logiciel médical, afin de pouvoir s'en servir ultérieurement en consultation de dépistage pédiatrique.

Médecin 2: "donc du coup je me suis fait le formulaire en ligne sur le logiciel"

Le fait qu'ainsi cela constituerait un gain de temps avait aussi été évoqué.

Médecin 7 : « Non mais ça serait sur le logiciel ça serait mieux ! Parce qu'on peut le faire plus vite sur l'ordinateur. »

D'autres médecins soulignaient l'intérêt qu'il pourrait y avoir à intégrer ce test dans des sites référencés tels que PEDIADOC afin de leur servir de support en consultation pour le dépistage pédiatrique.

Médecin 1: "PEDIADOC ... [...] Moi je m'en sers beaucoup parce que je suis pas à l'aise encore trop sur les repérages des troubles des développements. "

3. Utilisation dans le futur

3.1 Oui, mais de manière ciblée ou systématique ?

La plupart des médecins seraient favorables à une utilisation du test dans leur pratique future, mais sous réserve d'une formation plus approfondie concernant le sujet du TDAH, et également sous réserve d'une revalorisation de la consultation des six ans.

Car même si, comme énoncé en 1.1, les médecins trouvaient que le test était rapide à faire passer en consultation, ils soulignaient que la consultation pouvait se rallonger devant un test avec un résultat pathologique.

Médecin 3: "moi si je mets une demi-heure c'est vrai que vingt-cinq euros c'est dérisoire !"

Médecin 3: "Dans ses cas-là changer la cotation de la consultation de l'examen des six ans"

Les médecins rapportaient que le test était plus facile à amener en consultation en dépistage ciblé, soit devant un point d'appel en consultation, car mieux accepté par les parents, soit lorsque le sujet était directement abordé par les parents devant une inquiétude comportementale. Cela leur permettait également « d'y penser » devant la multiplicité des tests de dépistage disponibles (toutes pathologies confondues).

Cependant, pour leur pratique future, ils disaient penser utiliser ce test de manière systématique en consultation à partir de six ans, notamment au moment de la consultation vaccinale des six ans ou à l'occasion d'une consultation pour une licence sportive ; avec possibilité d'un rattrapage ciblé après six ans devant des points d'appel en consultation, sous réserve de respecter l'âge requis pour la validité de ce test. Les praticiens soulevaient la facilité de le faire lors d'une consultation de suivi où l'enfant n'était pas « malade ».

Médecin 6: "à 6 ans finalement c'est le moment aussi où tu y penses"

Médecin 6 : " Non mais effectivement sans biais, pour les enfants de six ans avec le REPEVAX ®, ou avec le certificat de sport, qui donne plus de libertés sur une prise en charge globale... "

Médecin 8 : " Oui et puis du coup comme ils sont pas malades c'est plus facile. "

Médecin 10: "ça relève vraiment d'une consultation de suivi fin, moi je le vois pas ailleurs que sur une consultation de suivi, l'examen des 6 ans des 7 des 8 ou des 10 "

Médecin 8: "Dans la mesure où on commence à le faire, je pense qu'il faut le faire en systématique."

Médecin 2: "L'orienté aussi ça peut être intéressant... si ça n'a pas été fait en systématique"

Médecin 1: "Mais si on l'a pas fait en systématique et qu'on est devant l'enfant un peu ... avec des troubles de l'attention ... là oui, le faire ..."

Médecin 2: "Et puis si c'est pas à six on peut le faire à huit ou, 'fin tant qu'on est dans un créneau "

3.2 Non, pas d'utilisation dans le futur

Certains praticiens ont annoncé ne pas envisager d'utiliser ce test dans leur pratique quotidienne future, faute de formation suffisante concernant cette pathologie, mais plus précisément concernant la prise en charge thérapeutique et l'accès au spécialiste d'aval difficile.

Médecin 14: "Moi je suis formé à rien de tout ça, je pense que je le ferai jamais..."

Médecin 14: "Moi quand je dis que je ne le ferais pas (...) après tu te retrouves avec un truc qui va aboutir à pas grand-chose à la fin."

Médecin 6: « Pour tout ce qui est trouble des apprentissages ou trouble du comportement t'as un an de délai... »

3.3 Rôle du médecin généraliste dans ce dépistage

Les médecins interrogés étaient d'accord sur le fait que c'est le rôle du médecin généraliste d'effectuer ce dépistage, notamment dans une idée de prévention.

Médecin 15: "C'est du dépistage et je suis là pour les prendre en charge."

Médecin 10: " (...) je pense que c'est rendre service que de vouloir faire de la prévention sur ce genre de choses."

DISCUSSION

I Autour de l'étude

1. Limites de l'étude

1.1 Sur la méthode

1.1.1 Biais de méthodologie

Comme détaillé en amont, nous avons été obligées de revoir à plusieurs reprises la méthodologie de notre étude. Ce biais de méthodologie est donc une limite de notre étude.

Il est probablement induit par un manque de formation nous concernant, malgré notre implication et notre participation aux différents ateliers-thèse organisés par la faculté.

Par ailleurs, du fait de la crise sanitaire du COVID 19, nous avons aussi été obligées de reporter certains focus group et le délai de notre étude a donc été rallongé. Cette crise a aussi eu un impact sur notre disponibilité pour la réalisation de notre thèse puisque que nous nous devons d'être sur le terrain pour aider nos confrères.

1.1.2 Biais de recrutement

Une des autres limites que l'on peut relever dans notre travail est le biais de recrutement de la population étudiée. En effet, la plupart des médecins présents étaient maîtres de stage universitaire, donc plus impliqués dans le travail de recherche et notamment des thèses.

1.1.3 Biais d'échantillonnage

Nous avons aussi relevé un biais d'échantillonnage car nous n'avons pas réussi à recruter un groupe de médecins exerçant en milieu urbain. Nos trois focus group s'inscrivaient dans des milieux rural, semi-rural et semi-urbain.

1.1.4 Biais affectif

Malgré notre travail de réflexivité, il y a forcément un biais d'objectivité au moment de l'analyse des données. En effet, nous avons travaillé sur ce sujet parce qu'il nous intéressait, et que nous souhaitons nous y impliquer dans la suite de notre activité professionnelle. Ainsi, au moment de la relecture de la retranscription des focus group, il peut y avoir un biais inconscient sur la sélection des informations, nous amenant à retenir celles qui sont à notre avantage par rapport à notre question de recherche.

A cela, on peut ajouter un biais de subjectivité lié au fait qu'une thèse qualitative relève de la réflexion personnelle des auteurs qui y travaillent, et dans le cas de cette étude, d'une réflexion limitée à celle des deux chercheurs.

Il pourrait donc y avoir un manque de représentativité des résultats.

1.1.5 Effet de soumission au groupe

Du fait de l'utilisation de la méthode des focus group, certains médecins peuvent être influencés par la parole de leurs pairs, se mettre en avant ou au contraire en retrait, par peur du jugement des autres participants, et donc ne pas donner leur avis éclairé sur la question posée.

Et ceci bien que nous ayons souligné avant le début des focus que le but n'était pas d'obtenir un consensus, mais qu'au contraire, la diversité de leurs idées ferait la richesse de notre base de recherche.

2. A propos des résultats

Nous avons relevé plusieurs limites et biais à notre étude, suite à l'analyse de nos résultats :

Le premier biais retenu concerne le nombre de tests donnés à remplir par les médecins. On peut en effet se demander si le nombre de cinq tests était suffisant pour qu'ils puissent rendre un avis significatif et représentatif sur la possibilité de réaliser ce test en consultation.

Nous soulignons également que l'un des médecins interrogés n'a rempli que trois des cinq tests demandés, constituant un biais de représentativité.

Une seconde limite relevée est le fait que la plupart des tests étaient remplis par un seul des parents, généralement la mère. Nous pouvons donc en déduire qu'il peut y avoir un biais, puisque chacun des parents n'a pas forcément la même vision de son enfant, notamment concernant la tolérance vis-à-vis de l'agitation. Cela rejoint le fait que l'échelle du test reste très subjective.

D'autre part, il n'y a pas eu de refus de remplir le test de la part des parents, mais la plupart des médecins ont amené le test comme un travail d'étude pour une thèse, ainsi les parents étaient volontaires pour aider à la recherche sur ce sujet.

On peut donc se questionner sur l'acceptabilité du test par les parents, par la suite, s'il est amené comme un test de dépistage.

II Analyse des données confrontées à la littérature

1. Dépistage ciblé ou dépistage systématique ?

La préférence des médecins interrogés pour l'utilisation du test de manière systématique plutôt que ciblée était liée au fait de pouvoir dépister des enfants a priori « asymptomatiques » en consultation. En effet, dans le cadre de notre étude, les médecins ont fait passer le test aux cinq premiers enfants rencontrés en consultation (donc de manière non ciblée), et certains ont souligné la surprise d'avoir des tests revenus pathologiques, en l'absence de signe clinique évident lors de la consultation.

Cela peut cependant être lié au manque de formation du médecin sur le repérage de ces signes, car rappelons que la définition du TDAH réside dans la présence des troubles dans tous les domaines de la vie de l'enfant (éducative, sociale, familiale), et en tout temps.

Un enfant présentant un TDAH aura donc forcément des signes présents en consultation. Cependant, ceux-ci peuvent être atténués ou non dépistés par manque d'habitude et de pratique de l'examineur. (18)

Les recommandations actuelles sont en effet en faveur d'un dépistage ciblé pour la réalisation du test abrégé de Conners. (10)

2. Et avant six ans ?

Des manifestations d'hyperactivité peuvent être présentes chez l'enfant dès l'âge de trois ans, voire même dès l'âge de la marche. (19,20)

Cependant, même si des signes d'alerte peuvent être présents avant l'âge de six ans (difficultés de compréhension et d'expression, difficultés dans l'exercice de la motricité fine pour des activités telles que le puzzle, le dessin, les jeux), le diagnostic ne peut être posé qu'à partir d'un âge scolaire, et notamment en raison du fait que l'hyperactivité est fréquente et non pathologique dans la petite enfance. (9,19,21)

III Forces de l'étude

La première des forces de notre étude est l'intérêt partagé des deux chercheuses pour le sujet de recherche. En effet, nous nous sommes retrouvées en binôme du fait de l'intérêt que nous portions à ce sujet, pour lequel chacune d'entre nous avait déjà réalisé des recherches bibliographiques individuellement, et non du fait de notre entente nous incitant à rechercher un sujet de travail commun.

Cependant, le fait de réaliser une thèse à deux auteurs et notre entente, tant professionnelle que personnelle, ont été un atout fort pour notre étude car cela nous a permis de nous motiver mutuellement et de nous soutenir dans les moments difficiles

autour de ce travail, notamment durant nos difficultés méthodologiques, et lors du retard dans nos recherches lié à la crise COVID-19.

Sur le plan méthodologique, la force de notre travail résidait dans l'utilisation des focus group. En effet, le focus group apporte une dynamique de groupe et de potentielles idées nouvelles à chaque prise de parole d'un participant et sur chaque question posée, notamment lors d'intervention des médecins personnellement et professionnellement intéressés ou impactés par le sujet du TDAH.

Malgré nos difficultés initiales de recrutement, liées à notre changement de méthode en cours d'étude, nous avons finalement pu avoir un échantillon de population diversifié, avec des médecins avenants et intéressés, et ce malgré un sujet d'étude peu connu.

Ainsi, sur le plan du sujet en lui-même, le TDAH est peu connu en soins premiers, et pourtant en plein essor et au cœur d'actualités.

Du fait du manque de connaissances des médecins de soins premiers à ce sujet, on note un retard diagnostique drastique, le diagnostic étant notamment rendu encore plus difficile par un nombre important de pathologies ou comorbidités associées. (9,12)

De manière plus générale, en sortant des soins premiers, le terme « d'enfant hyperactif » ou même TDAH, est posé facilement par la population de parents et instituteurs, parfois de manière trop précoce et erronée, confondue avec les diagnostics différentiels, et parfois associés, du TDAH. (9,19)

Ce sujet était donc intéressant à travailler, car globalement méconnu des praticiens généralistes, et a permis, à travers notre travail de thèse, de mettre en lumière ce sujet et de sensibiliser les médecins généralistes interrogés au dépistage d'une pathologie fréquente, avec un impact conséquent sur la vie et le développement du patient concerné, et dont il existe une prise en charge codifiée.

Les médecins interrogés se sont montrés curieux et intéressés par notre sujet d'étude et seraient enclins à se former au dépistage du TDAH et des autres troubles des apprentissages, si des formations pouvaient leur être proposées en ce sens.

IV Perspectives

1. Les perspectives innovantes

Dans le cadre de ce travail, nous avons rencontré un pédiatre référent départemental des troubles des apprentissages, avec qui nous avons pu discuter de l'actualité du TDAH en Occitanie.

Le retard diagnostique du TDAH et des troubles des apprentissages en général a été souligné, en lien avec le manque de formation des médecins généralistes, mais aussi avec le manque de moyens en aval : pas de prise en charge financière des bilans de

Ainsi, la HAS a mis à disposition des médecins de premiers recours une fiche reprenant les signes d'alertes et les actions à mettre en œuvre devant un enfant susceptible de présenter un TSLA (Annexe 7 (23)), mais également des fiches récapitulatives du rôle du médecin traitant de l'enfant et de l'enseignant, intervenant dans le premier niveau de recours aux soins.

Par ailleurs, le projet du parcours de santé TSLA vise à mettre en place une prise en charge financière d'un forfait diagnostique et rééducatif en psychomotricité ou ergothérapie (22) pour les enfants suspectés de TSLA.

Enfin, toujours dans le cadre du parcours de santé TSLA et spécifiquement pour le TDAH, une participation au groupe de Barkley, ou « programme d'entraînement aux habilités parentales de Barkley », est proposée aux parents des enfants TDAH dans le but de mieux appréhender la pathologie de leur enfant et de restaurer des relations parents-enfant positives autour de cette pathologie. (24)

2. La formation des médecins généralistes

A l'occasion du parcours de santé TSLA, et des discussions d'actualité autour du TDAH, l'association OCCITADYS ainsi que certains organismes de formation continue à destination des praticiens généralistes mettent en avant des listes de formation autour des troubles des apprentissages et certaines plus spécifiquement sur le TDAH, afin d'optimiser la formation des praticiens de premier recours autour de ce sujet.

Ainsi, certains praticiens généralistes d'Occitanie s'étant formés au sujet des troubles des apprentissages pour leur pratique quotidienne de soins premiers, sont devenus des interlocuteurs de niveau 1 et 2 dans l'organigramme du parcours TSLA et participent ainsi à la formation de leurs pairs autour de ce sujet. (18)

Par ailleurs, d'autres revues et formations à destination des praticiens généralistes ont pour thème les troubles des apprentissages ou les troubles -DYS ; soulignant ainsi la nécessité de formation des praticiens généralistes à ce sujet, compte tenu de la complexité de la prise en charge actuelle des enfants. (10,22,25-27)

3. La prise en charge thérapeutique du TDAH

En lien avec une prise en charge thérapeutique globale du TDAH et de nombreuses études en cours sur ce sujet, les traitements médicamenteux sont de plus en plus retardés dans leur prescription initiale, au profit de prises en charges non médicamenteuses (25,28) telles que la rééducation en psychomotricité ou ergothérapie (22), prise en charge psychologique et rééducation cognitive (29-31), groupes de paroles pour enfants, psychothérapie familiale (32), aides informatiques et télémédecine (33,34), équithérapie (35), homéopathie et acupuncture (36-38), méditation (39), accompagnement des familles par des conseils et sites associatifs (40-42).

CONCLUSION

La prévalence du Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH) ne cesse d'augmenter depuis une dizaine d'années, et de nombreuses études ont souligné le retard au diagnostic de cette pathologie, bien que des recommandations et des outils de dépistage, tel que le test de Conners abrégé, existent à disposition des praticiens généralistes. Cela conduit à s'interroger sur l'applicabilité de ces outils en consultation de routine pédiatrique de soins premiers, selon le ressenti des médecins généralistes.

Les médecins interrogés arrivaient tous à la conclusion que le test abrégé de Conners était applicable en consultation de routine pédiatrique en médecine générale, du fait de sa rapidité, de sa simplicité, de la compréhension des questions, et qu'il était bien accepté par les parents.

Les médecins se sont montrés curieux et intéressés par ce sujet, finalement peu connu en soins premiers, mais dont on entend de plus en plus parler, par le biais des médias et de la recherche scientifique.

Les médecins soulignaient qu'il serait intéressant de pouvoir pratiquer ce test de manière systématique afin de dépister une population d'enfants la plus large possible, donc de manière la plus précoce possible, à partir de six ans (âge à partir duquel le test est validé), avec un rattrapage ciblé ultérieur sur point d'appel, et proposaient ainsi l'idée d'intégrer ce test au carnet de santé à la consultation des six ans.

Cependant, ils soulignaient également que ces idées ne pourraient être mises en place que sous réserve d'une formation complémentaire sur ce sujet.

En effet, le principal frein relevé au cours de cette étude sur l'applicabilité du test abrégé de Conners était le manque de formation des médecins généralistes à ce sujet, pouvant limiter l'utilisation du test en consultation. Les médecins peuvent parfois se sentir en difficulté devant les questions susceptibles d'être posées par les parents, mais également face à un test pouvant être pathologique et avec des difficultés pour une prise en charge spécialisée en aval.

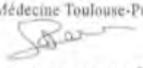
En réponse à ces incertitudes, un projet de parcours de santé des Troubles Spécifique du Langage et des Apprentissages (TSLA) est en cours de développement en région Occitanie.

En effet, le parcours de santé TSLA a pour objectif d'aider les médecins généralistes à une prise en charge codifiée et optimale des enfants susceptibles de présenter un trouble spécifique du langage et des apprentissages, dont le TDAH.

Vu
Toulouse le 31 Mai 2021


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 1er juin 2021
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan

Didier CARRIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Gétin C. Histoire du TDAH [Internet]. HyperSupers - TDAH France - Votre déficit d'attention, votre hyperactivité, méritent notre attention. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/-L-Histoire-du-TDAH-.html>
2. SIMON-PEZESHKNIA E. Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH): Agitation des psychiatres autour d'un diagnostic. Comment comprendre les résistances et les réticences. Nancy; 2011.
3. KERVELLA, ZIMMERMAN C Cécile. Dépistage du TDAH chez l'enfant par le médecin généraliste: revue systématique de la littérature [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Toulouse III; 2016 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1556/1/2016TOU31140-1141.pdf>
4. HAS (Haute Autorité de Santé). Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. 2014 déc p. 199.
5. Tatlow-Golden M, Prihodova L, Gavin B, Cullen W, McNicholas F. What do general practitioners know about ADHD? Attitudes and knowledge among first-contact gatekeepers: systematic narrative review. BMC Fam Pract. 7 sept 2016;17(1):129.
6. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. févr 2019;56:14-34.
7. BAYROU LEFEVRE D. Retard diagnostique du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité en France: réalité et enjeux. [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: BORDEAUX II; 2011.
8. Gétin C. Définition du TDAH [Internet]. HyperSupers - TDAH France. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/Definition-du-TDAH.html>
9. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. 2ème édition révisée. Presses universitaires François Rabelais; 2016. (L'Officiel ECN).
10. HAS (Haute Autorité de Santé). Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. [Internet]. 2005 sept. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_argumentaire.pdf
11. Masson E. L'apport du bilan neuropsychologique dans le diagnostic de TDAH [Internet]. EM-Consulte. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1052990/l-apport-du-bilan-neuropsychologique-dans-le-diagn>

12. pédiatrie S canadienne de. Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1 : l'étiologie, le diagnostic et la comorbidité | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/tdah-etologie-le-diagnostic-et-la-comorbidite>
13. Blader JC. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and the Dysregulation of Emotion Generation and Emotional Expression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* avr 2021;30(2):349-60.
14. PURPER-OUAKILL D. Formation. Trouble déficitaire de l'attention: une cause fréquente d'échec scolaire. 26 sept 2005;Tome n°19(702/703).
15. GOEDERT F. Place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'enfant hyperactif : à propos d'une enquête réalisée auprès de médecins généralistes et de parents d'enfants hyperactifs [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Louis Pasteur; 2002.
16. MATOS J, ROBIN E, COHEN D. Difficultés d'apprentissage de l'enfant à l'école: Une démarche diagnostique rigoureuse afin de proposer un parcours de soins ajusté au mieux aux besoins de l'enfant. juin 2020;70.
17. Dépistage des troubles de l'attention Questionnaire de Conners - AFPA [Internet]. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://afpa.org/outil/depistage-troubles-de-lattention-questionnaire-de-conners/>
18. CAMBORDE M. OUI, TU PEUX Y ARRIVER ! Pour aider un enfant présentant un trouble des apprentissages. L'HARMATTAN. L'HARMATTAN; 2015. 120 p.
19. CORMORECHE-MONGE A, FOURNERET P. Détecter les troubles des apprentissages. Janvier 2020. janv 2020;Tome 34(1034).
20. CABELGUEN C, BONNOT O. Hyperactivité avant 6 ans. Examiner l'enfant sans se perdre dans des questionnements nosographiques stériles. nov 2015;Tome n°29(980).
21. REVOL O. TROUBLE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE. Conférence présenté à; 2006 mars; LYON.
22. Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages
23. Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre. *J Pédiatrie Puériculture.* avr 2019;32(2):107-11.

24. OCCITADYS. TDAH: Programme d'entraînement aux habiletés parentales. Groupe de Barkley [Internet]. Toulouse, France. Disponible sur: https://occitadys.fr/images/Docs/Plaquette_Barkley.pdf
25. Troubles cognitifs liés au TDAH : interventions non pharmacologiques efficaces ? [Internet]. Minerva Website. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/2216>
26. YAILIAN A. FMC. Hyperactivité de l'enfant: est-ce un TDA/H ? Dépister, orienter et accompagner enfants et parents. janv 2015;Tome 29(933).
27. MOUREN M-C. Pour la pratique. Hyperactivité avec trouble de l'attention de l'enfant. 2002;Tome 52.
28. STORDEUR C. Hyperactivité: stratégies non médicamenteuses. oct 2016;N°968(Tome 30).
29. Nejati V, Derakhshan Z. The effect of physical activity with and without cognitive demand on the improvement of executive functions and behavioral symptoms in children with ADHD. *Expert Rev Neurother*. 14 avr 2021;1-8.
30. Lee TL, Yeung MK, Sze SL, Chan AS. Eye-Tracking Training Improves Inhibitory Control in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Brain Sci*. 2 mars 2021;11(3).
31. Cognitive-behavioural therapy for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: /CD010840/BEHAV_cognitive-behavioural-therapy-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-adults
32. Thérapie familiale pour le traitement des troubles déficitaires de l'attention chez l'enfant [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: /fr/CD005042/BEHAV_therapie-familiale-pour-le-traitement-des-troubles-deficitaires-de-lattention-chez-lenfant
33. Wenderlich AM, Li R, Baldwin CD, Contento N, Herendeen N, Rand CM. A Quality Improvement Initiative to Improve ADHD Follow-up rates Using School-based Telemedicine. *Acad Pediatr*. 13 avr 2021;
34. Kollins SH, Childress A, Heusser AC, Lutz J. Effectiveness of a digital therapeutic as adjunct to treatment with medication in pediatric ADHD. *NPJ Digit Med*. 26 mars 2021;4(1):58.
35. Helmer A, Wechsler T, Gilboa Y. Equine-Assisted Services for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *J Altern Complement Med N Y N*. 9 avr 2021;
36. Homeopathy for ADHD [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: /CD005648/BEHAV_homeopathy-for-adhd

37. Acupuncture for ADHD in children and adolescents [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: /CD007839/BEHAV_acupuncture-for-adhd-in-children-and-adolescents
38. Nejati V. Program for attention rehabilitation and strengthening (PARS) improves executive functions in children with attention deficit- hyperactivity disorder (ADHD). Res Dev Disabil. 21 mars 2021;113:103937.
39. Meditation therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: /CD006507/BEHAV_meditation-therapies-for-attention-deficithyperactivity-disorder-adhd
40. Masson E. Un engagement associatif solidaire pour le TDAH [Internet]. EM-Consulte. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1052993/un-engagement-associatif-solidaire-pour-le-tdah>
41. REVOL O. Fiche patient: Conseils aux parents et professeurs d'enfants hyperactifs. 2002;
42. DE CASTELNAU P, CHIGNAC C. Moyens d'interventions en milieu scolaire pour les jeunes présentant un TDA/H [Internet]. Hopital des enfants, Toulouse; Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/conseils_pour_les_enfants_porteur_d_un_TDAH-2.pdf

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE ABREGÉ DE CONNERS

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE CONNERS POUR LES PARENTS

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Rempli le :

par

mère

père

mère + père

Observation	Pas du tout 0	Un petit peu 1	Beaucoup 2	Énormément 3
1. Agité ou très actif				
2. Nerveux, impulsif				
3. Ne finit pas ce qu'il commence				
4. Toujours remuant				
5. Perturbe les autres enfants				
6. Inattentif, facilement distrait				
1. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites, facilement frustré				
8. Pleure souvent et facilement				
9. Changement d'humeur rapide et marqué				
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible				

Un score supérieur à 15 peut être considéré pathologique

ANNEXE 2

TALON SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Merci de remplir ce tableau avant le début du focus group ainsi que la feuille de consentement, toutes les données seront anonymisées par la suite.

Nom	
Prénom	
Sexe	
Age	
Docteur en médecine	OUI / NON
Statut (collaborateur, adjoint, installé, remplaçant)	
Type de patientèle (rurale, semi-rurale, semi-urbaine, urbaine)	
Condition d'exercice (MSP, seul, cabinet partagé ou autre)	
Nombre de consultations /jour	
Pourcentage de pédiatrie	
Formation particulière (DU pédiatrie, TDAH, autres)	
Maître de stage universitaire	OUI / NON

ANNEXE 3

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

(Signé par le praticien recruté, les animateurs, et par les deux chercheurs)

Je soussigné(e) accepte de donner mon consentement pour participer à cette étude.

Je reconnais avoir été informé(e) de ses modalités et avoir pu poser les questions de mon choix.

Fait à , le.....

Je soussignée Julie DUCHOZE/ Marion ROULPH, Interne en DES de Médecine Générale, certifie avoir obtenu le consentement libre et éclairé de

Mme/ Mr le Docteur

Je l'ai informé(e) des modalités de l'entretien/du focus group, notamment de son enregistrement, et m'engage à respecter son anonymat ainsi qu'à n'utiliser ces données que dans le cadre strict de notre étude.

Il/elle a été informé(e) de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment.

Fait à , le.....

ANNEXE 4

GUIDE D'ENTRETIEN

- Présentation de l'étude (rappel), du modérateur et des observatrices.

- Exposer le déroulement de la séance :

- La séance durera environ deux heures, si vous souhaitez faire une pause durant la séance, n'hésitez pas à le signaler.
- Dans un premier temps, nous allons faire un tour de table rapide pour se présenter.
- Chacun devra donner son prénom avant chaque prise de parole, toutes les données seront anonymisées par la suite.
- Ensuite le modérateur/la modératrice vous posera un ensemble de questions ouvertes auxquelles il n'y a aucune mauvaise réponse ni aucune réponse attendue d'avance. Il est important que chacun puisse se sentir libre d'exprimer son avis et son ressenti vis-à-vis des questions posées pour nous permettre d'avoir un éventail d'idées le plus exhaustif possible, et non pas un consensus.
- Nous finirons la séance par une synthèse

- Questions ouvertes :

- Comment avez-vous amené aux parents la démarche de réalisation de ce test au cours de la consultation ?
- Quels sont les freins/inconvénients/obstacles à la réalisation de ce test au cours d'une consultation de routine en médecine générale ?
Aides de relance : temps, réaction des parents, compréhension du test, valorisation financière pour le médecin généraliste ?
- Quels sont les avantages à la réalisation de ce test au cours d'une consultation de routine en médecine générale ?
Aides de relance : accessibilité (web), coût, facilité de compréhension, rapidité ?
- Selon vous, quels sont les intérêts de ce test pour l'aide au dépistage du TDAH ?
- Comment envisagez-vous d'utiliser ce test dans votre pratique quotidienne ?
Aides de relance : consultation dédiée, dépistage systématique ou orienté selon le profil de l'enfant. Pensez-vous l'utiliser à l'avenir (développez) ?
- Que suggérez-vous pour améliorer l'aide au dépistage du TDAH en médecine générale chez l'enfant à partir de 6 ans ?
Aides de relance : et plus particulièrement par rapport à ce test ?
- Avez-vous des choses à ajouter ?

ANNEXE 5

EXTRAIT DU TABLEAU DE CODAGE

<u>THEME</u>	<u>CATEGORIE</u>	<u>SOUS-CATEGORIE</u>	<u>CODE</u>	<u>Focus 1</u>	<u>Focus 2</u>	<u>Focus 3</u>
	<u>Pour quel type de consultation ?</u>	Aigu ou suivi	consultation aigue test fait au cours de la visite de non contre indication sportive	Médecin 1: " c'était plutôt au cours de consultation pour de l'aigu."	Médecin 6: " ça serait plus simple pour moi de le faire passer en routine avec les certificats du sport où on fait un peu une revue générale. "	
<u>Utilisation du test en consultation</u>	<u>Le test dans la consultation</u>	Comment est présenté le test ? A quel moment dans la consultation ?	Test présenté comme un dépistage Test réalisé à la fin de la consultation	Médecin 4: "Et là on le faisait vraiment à la toute fin de la consultation quand j'avais déjà expliqué l'ordo qu'on avait parlé du euh on avait fini avec le problème aigu, je l'amenais après."		Médecin 12 : "Moi je l'ai amené comme un dépistage" Médecin 13: "plutôt en fin de consultation quand j'y pensais en fait (rire) euh voilà"

ANNEXE 6

DETAIL DES CARACTERISTIQUES D'ECHANTILLON DE POPULATION PAR FOCUS GROUP

FOCUS GROUP 1			
Nombre de médecins recrutés présents			
4			
Age des médecins recrutés			
<30 ans	30 – 40 ans	40- 50 ans	50-60 ans
1	2	1	
Sexe			
Femmes		Hommes	
4		0	
Thésé			
Oui		Non	
3		1	
Statut d'exercice			
Installé	Collaborateur/Adjoint		Remplaçant
3	0		1
Type de patientèle			
Rurale	Semi-rurale	Semi-urbain	Urbain
	2	1	
Conditions d'exercices			
Cabinet seul	MSP		Cabinet partagé
0	0		3
Nombre moyen de consultations par jour			
<20	20-25		>25
	4		
Pourcentage de pédiatrie dans la patientèle			
<15%	15-20%		20-25%
0	0		3
Formations particulières complémentaires (pédiatrie ou indifférencié)			
Oui		Non	
1 (DU de pédiatrie troubles dys-)		3	
Maitre de stage universitaire			
Oui		Non	
3		1	

ANNEXE 6 (suite)

FOCUS GROUP 2			
Nombre de médecins recrutés présents			
4			
Age des médecins recrutés			
<30 ans	30 – 40 ans	40- 50 ans	50-60 ans
	2	1	1
Sexe			
Femmes		Hommes	
3		1	
Thésé			
Oui		Non	
4		0	
Statut d'exercice			
Installé	Collaborateur/Adjoint		Remplaçant
4	0		0
Type de patientèle			
Rurale	Semi-rurale	Semi-urbain	Urbain
2	2	0	0
Conditions d'exercices			
Cabinet seul	MSP		Cabinet partagé
0	2		2
Nombre moyen de consultations par jour			
<20	20-25		>25
1	0		3
Pourcentage de pédiatrie dans la patientèle			
<15%	15-20%		20-25%
2	2		
Formations particulières complémentaires (pédiatrie ou indifférencié)			
Oui		Non	
3 (DU médecine du sport, DU nutrition en médecine du sport, DU Homéopathie, DU soins palliatifs et douleurs, Formations complémentaires en urgences, traumatologie, pédiatrie)		1	
Maitre de stage universitaire			
Oui		Non	
4		0	

ANNEXE 6 (suite)

FOCUS GROUP 3				
Nombre de médecins recrutés présents				
7				
Age des médecins recrutés				
<30 ans	30 – 40 ans	40- 50 ans	50-60 ans	> 60 ans
1	2	1	2	1
Sexe				
Femmes		Hommes		
2		5		
Thésé				
Oui		Non		
7		0		
Statut d'exercice				
Installé	Collaborateur/Adjoint		Remplaçant	
6	0		1 (remplaçant régulier)	
Type de patientèle				
Rurale	Semi-rurale	Semi-urbain		Urbain
0	7	0		0
Conditions d'exercices				
Cabinet seul	MSP		Cabinet partagé	
0	7		0	
Nombre moyen de consultations par jour				
<20	20-25		>25	
0	7		0	
Pourcentage de pédiatrie dans la patientèle				
<15%	15-20%		20-25%	
3	4		0	
Formations particulières complémentaires (pédiatrie ou indifférencié)				
Oui		Non		
3 (DU mésothérapie, Capacité de médecine du sport, Capacité de médecine d'urgence)		1		
Maitre de stage universitaire				
Oui		Non		
4		3		

SIGNES D'ALERTE À L'INTENTION DU MÉDECIN DU PREMIER RECOURS ET ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE

Difficultés d'apprentissage du langage écrit

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
2 ^e trimestre du CP	<p>Critères de sévérité :</p> <ul style="list-style-type: none"> persistance de difficultés du langage oral ; ne fait pas le lien entre le(s) signe(s) écrit (graphème(s)) et le son qu' il/le symbolise(nt) (phonème) et <i>vice versa</i> ; ne rentre pas dans la lecture des syllabes simples ou fait de nombreuses erreurs. <p>Difficulté moins sévère.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire. Mettre en oeuvre une intervention pédagogique préventive (entraînement).
3 ^e trimestre du CP	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés persistantes au 3^e trimestre, surtout si pas ou peu de progrès avec l'intervention pédagogique. 	<ul style="list-style-type: none"> Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire.
CE1	<ul style="list-style-type: none"> Toute difficulté scolaire persistante : <ul style="list-style-type: none"> lecture anormalement lente ou imprécise ou n'amenant pas à une compréhension du message écrit ; écriture illisible avec des erreurs phonétiques fréquentes. Tout refus de lire/aller à l'école ou autre plainte somatique. Si le déficit est modéré et/ou ne touche qu'une seule compétence. Toute persistance du déficit d'une de ces compétences malgré le soutien pédagogique à l'issue de 3- 4 mois d'intervention pédagogique, aide aux devoirs, famille. 	<ul style="list-style-type: none"> Pratiquer une évaluation nommée de lecture (vitesse, précision, compréhension) et d'orthographe correspondant à la classe suivie par l'enfant. Intervention pédagogique durant 3-4 mois et revoir. Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire.
CE2 et après	<ul style="list-style-type: none"> Scores insuffisants à un test étalonné de lecture et d'orthographe. Élève en difficulté : échec vis-à-vis de la lecture, erreurs de déchiffrement ou lenteur de la lecture, difficultés pour retenir les mots d'usage courant, les principales règles d'accord, segmenter les mots. Déchiffrage lent, laborieux, gêné par des erreurs entre des lettres et/ou des groupes de lettres. 	<ul style="list-style-type: none"> Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire.
6 ^e	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés de lecture, lenteur +++ entravant parfois l'accès au sens, troubles de l'orthographe. 	<ul style="list-style-type: none"> Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire si trouble jamais reconnu. Compenser le trouble s'il s'agit de séquelles d'un trouble déjà traité.

Difficultés d'acquisition du langage oral

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
à 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> Aucun mot signifiant. Absence de babillage. 	<ul style="list-style-type: none"> Éliminer d'emblée un doute sur l'audition. Éliminer un trouble de communication verbale et non verbale : absence de jeu de « faire semblant » ou d'imitation, de pointage proto-déclaratif, d'attention partagée pouvant représenter une alerte vers un trouble du spectre de l'autisme.
à 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> Langage très pauvre. Pas d'association de mots. N'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (regard, gestes, etc.). Compréhension altérée. 	<ul style="list-style-type: none"> Examen clinique, audition. Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (surtout en cas de vulnérabilité familiale, d'antécédents familiaux ou de prématurité).
3 ans / 4 ans et demi	<p>Si critère de sévérité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas de langage intelligible pour les personnes non proches (les parents ou la fratrie peuvent parfois comprendre) ; pas de phrase constituée (verbe, complément ou sujet- verbe) ; compréhension altérée. 	<ul style="list-style-type: none"> Examen clinique. Diagnostic différentiel (audition/communication) Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (+/- autres).
4 ans et demi / 5 ans	<p>Si langage insuffisant mais sans signe de gravité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Réponse pédagogique préventive. Guidance parentale Suivi 6 mois par le médecin de l'enfant. Bilan orthophonique et rééducation si pas de progrès ou trouble persistant du langage à 5 ans.

Avant
3 ANS

A 3 ANS
et après
si plainte isolée sur le langage oral

ANNEXE 7 (suite)

Difficultés d'acquisition des coordinations et des praxies

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
Dans la vie courante	<ul style="list-style-type: none"> ■ Désintérêt voire refus des jeux faisant appel à la construction, au dessin, qui sont malhabiles mais aussi les jeux moteurs : vélo, courses, jeux collectifs. ■ Difficultés pour tous les gestes de la vie quotidienne : habillage, toilette, repas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les signes précédents doivent être recherchés et l'importance de leurs conséquences sur la vie de l'enfant appréciée.
En moyenne et grande section de maternelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés dans le graphisme : tracer les lettres, colorier, ne peut tracer un carré en fin de moyenne section ou un triangle en grande section. N'écrit pas son nom de façon lisible en fin de GSM. ■ Difficultés à coller, à découper. ■ Dessin pauvre, mal structuré, peu varié dans ses formes et ses couleurs, contrastant avec la construction du récit qu'il en fait, la vivacité d'esprit. ■ Ne se prépare pas seul pour aller en récréation (ex. attacher son manteau), ou aller/sortir des toilettes (se mabiller, se laver les mains), difficultés pour se moucher, mettre ses gants. ■ Chutes fréquentes. ■ Aspect brouillon, maladroit, peu soigné du travail. ■ Manque d'aisance en motricité globale, malhabileté dans les activités de motricité fine. ■ Difficultés de repérage et d'orientation dans le temps et/ou dans l'espace. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sauf si particulièrement sévères ou mal supportés, ces signes doivent amener à une adaptation (valoriser les côtés positifs et à une aide pédagogique. ■ Si les difficultés sont une gêne notable : <ul style="list-style-type: none"> ▪ par rapport aux demandes et aux réalisations habituelles des autres enfants de la classe, ou du même âge, et ne s'améliorent pas avec les aides pédagogiques ; ▪ sur l'apprentissage de gestes nouveaux dans la vie quotidienne. ■ Examen de première intention des fonctions graphiques et du contexte cognitif (raisonnement verbal). ■ Adresser pour un bilan au psychomotricien ou à l'ergothérapeute et des séances de rééducation si difficultés dans la vie scolaire et quotidienne.
Fin CP-CEI et après	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés graphiques et calligraphiques (copie de figures, respect de la forme des lettres, reproduction de trajectoire, irrégularité de dimension, lenteur). ■ Difficultés pour tous les gestes de la vie quotidienne : habillage, toilette, repas, etc. ■ Difficultés d'organisation du matériel scolaire. ■ Mauvaise manipulation des outils : règle, ciseaux, compas, etc. ■ Difficulté à accélérer la réalisation de gestes préalablement appris. ■ Difficultés de repérage spatial : tableau à double entrée, cartes de géographie. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place de soutiens pédagogiques ciblés sur les habiletés fragiles, des adaptations (valoriser les côtés positifs) et compensations ■ Si les difficultés sont une gêne notable : <ul style="list-style-type: none"> ▪ par rapport aux demandes et aux réalisations habituelles des autres enfants de la classe, ou du même âge, et ne s'améliorent pas avec les aides pédagogiques ; ▪ sur l'apprentissage de gestes nouveaux dans la vie quotidienne. ■ Adresser pour un bilan au psychomotricien ou à l'ergothérapeute et des séances de rééducation si trouble isolé. ■ En fin de primaire et collège, vérifier la gêne au regard de demandes scolaires accrues.

Difficultés d'apprentissage du calcul

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
Grande section de maternelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'élève a des difficultés d'accès au symbole. ■ L'élève n'acquiert pas la chaîne numérique orale et fait beaucoup d'erreurs dans son comptage ■ L'élève a des difficultés à dénombrer une collection d'objets en pointant du doigt un ensemble d'éléments. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réponse pédagogique +++ si la difficulté est isolée (pas de trouble du langage oral qui nécessite un bilan orthophonique - ou un trouble du geste qui nécessite un bilan psychomotricien et/ou ergothérapeutique). ■ En informer les rééducateurs si enfant est suivi.
Primaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifier les acquisitions lors des grandes étapes du développement du nombre et calcul. ■ Toute difficulté persistante sur le nombre ou le calcul, surtout si trouble associé du langage oral, langage écrit ou praxie, ou antécédents familiaux/personnels. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation de première intention <ul style="list-style-type: none"> ▪ réponse pédagogique si trouble modéré et isolé ; ▪ bilan orthophonique spécialisé de la dyscalculie et du raisonnement la cognition mathématique (NGAP) et bilan neuropsychologique du contexte cognitif (raisonnement, langage, fonctions praxiques) si persistant malgré la remédiation pédagogique (au plus tard en fin de CE2).

« Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre »
 extrait du guide « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ? », téléchargeable sur www.has-sante.fr

AUTEUR(S) : Julie DUCHOZE & Marion ROULPH

TITRE : Applicabilité du test abrégé de Conners selon le ressenti des médecins généralistes, en soins premiers chez l'enfant à partir de six ans, pour l'aide au dépistage du TDAH, en région Occitanie.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Leïla LATROUS

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 06 juillet 2021 – Université de Toulouse

Introduction : La prévalence du Trouble Déficit de l'Attention/ Hyperactivité (TDAH) est en constante augmentation depuis une dizaine d'années, et de nombreuses études ont souligné le retard au diagnostic de cette pathologie, bien que des recommandations et des outils de dépistage, tel que le test abrégé de Conners, existent à disposition des praticiens généralistes.

Objectif : Evaluer l'applicabilité du test abrégé de Conners selon le ressenti des médecins généralistes, en consultation de routine pédiatrique de soins premier à partir de six ans.

Méthode : Etude dynamique en focus group avec analyse thématique des données, poursuivie jusqu'à obtention de saturation des données. Au total, réalisation de trois focus group pour un total de quinze participants interrogés.

Résultats : Les médecins s'accordent sur l'idée que le test abrégé de Conners serait applicable en consultation de routine pédiatrique en médecine générale. Ils proposent l'idée de le réaliser de manière systématique à partir de six ans afin de dépister le plus d'enfants possible, et que ce test pourrait être inclus dans le carnet de santé.

Discussion : Les praticiens généralistes jugent cependant leur formation sur le dépistage du TDAH insuffisante, ce qui pourrait limiter l'utilisation du test en consultation et donc freiner le dépistage. Discussion : En réponse à ces incertitudes, un projet de parcours de santé des Troubles Spécifique du Langage et des Apprentissages (TSLA) est en cours de développement en région Occitanie afin d'aider les médecins généralistes à une prise en charge codifiée et optimale des enfants susceptibles de présenter un trouble spécifique du langage et des apprentissages, dont le TDAH.

Applicability of the Conners' shortened test according to general practitioners, to help with ADHD screening in primary care for children from six years old, in the Occitanie region.

Introduction: The prevalence of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has steadily increased over the past decade. Besides, there is an important delay to diagnose ADHD, despite recommendations and tools, such as the Conners' shortened test, which are available for general practitioners.

Objective: Assess the applicability of the Conners' shortened test as a routine test for general practitioners in pediatric primary care consultations from the age of six.

Method: Dynamic focus group study with thematic analysis of the results, continued until data saturation was reached. In overall, fifteen participants divided in three focus groups were interviewed.

Results: The general practitioners agree that Conners' shortened test could be applicable in routine pediatric consultations. They suggest that the test could be systematically performed from the age of six in order to to early diagnose as many children as possible, and that the outcome of the test could be mentioned in their health record.

Discussion: General practitioners, however, consider to have limited knowledge and training related to ADHD, which they see as a drawback for the use of the test during consultation. In response to their concerns, a health course project for disorders specific to the language and learning (TSLA) is being developed in the Occitanie region in order to help general practitioners to set up rigorous and optimized care for children that are likely to have specific language and learning deficits, including ADHD.

Mots-Clés : TDAH/ ADHD, médecin généraliste/ General practitioner, Conners, Occitanie

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France