

Année 2025

2025 TOU3 1003

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Gilles Alfred de CHEFDEBIEN

Le 6 Janvier 2025

Le repérage de l'adulte TDAH en soins premiers

Directeur de thèse : Dr David Piponnier

JURY :

Madame le Professeur	Marie Eve Rougé Bugat	Président
Monsieur le Docteur	David Piponnier	Assesseur
Madame le Docteur	Franzin Emilie	Assesseur



FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURJA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Leila
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés Honoraires
	Mme MALAUAUD Sandra
	Mme PAVY LE TRACON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOU LAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements:

A Madame le Professeur Marie Eve Rougé Bugat:

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Merci pour votre réactivité et votre aide rédactionnelle.

A Monsieur le Docteur David Piponnier:

Je te remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse il y a maintenant près de deux ans, et d'avoir immédiatement soutenu ce projet. Merci pour ton aide et tes encouragements, ton implication et ta grande disponibilité. Ce fut également un plaisir de te côtoyer en stage de deuxième année.

A Madame le Docteur Émilie Franzin:

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans le jury. Merci pour vos réponses rapides et votre enthousiasme.

A Monsieur le Docteur Florian Savignac : je te remercie pour tes explications et ton soutien méthodologique.

A Madame le Docteur Paule Garros : merci de m'avoir permis d'assister à vos consultations et de m'avoir fait découvrir le TDAH. Merci pour votre patience et votre collaboration.

A Mesdames et Messieurs les membres des Groupes Nominatifs : à Monsieur Olivier A, à Madame Lucie M, à Monsieur Julien P, à Monsieur Pascal F, à Madame Laurence L, à Monsieur Romain J, à Madame le Docteur Cyrielle Dublon: un grand merci pour vos implications et vos investissements personnels sans lesquels ce travail n'aurait pu aboutir. Vous avez répondu présents et avez su garder le sourire et l'énergie nécessaire tout au long de ce travail. Je vous adresse ici l'expression de ma profonde gratitude.

Aux experts malheureusement absents : A Madame le Docteur Marie Wolfrume, à Madame Elvira Van Eyll, à Monsieur le Docteur Alexandre Yroni, à Madame le docteur Bénédicte Jullian. Je vous suis très reconnaissant pour l'aide et le soutien que vous m'avez apporté. Il m'ont été précieux.

Un grand merci à tous les médecins et soignants que j'ai eu la chance de croiser.

Un immense merci à mes proches :

A commencer par ma douce et tendre, qui embellit ma vie et rend lisible cet écrit.

A mes chers parents, moman et popa sans qui je ne serais pas là.

A mon frère qui m'a sensibilisé à la sagesse des médecines d'autrefois.

A mes très belles sœurs qui m'honorent de leurs sollicitations médicales.

A mes grands parents si patients, à qui je pense bien souvent.

A mes cousins et cousines, mes oncles et tantes, pour ces beaux moments familiaux.

A mon cher confrère Puech, et ton insatiable sens de l'humour.

A tous mes amis.

A commencer par les prix nobels/intellos, merci pour vos lumières.

A mes amis de lycée, les anciens : bravo pour cette belle fidélité. J'espère que ça va te plaire ma chère apothicaire.

A mon ami outre Rhin mais quand même bien franchouillard.

A mes potes de fac et apparentés, beau jeu chers confrères !

Enfin merci à la fine équipe du 12, consolidé par le froid ruthénois.

Table des matières:

I. Introduction.....p.2

II. Matériel et méthode.....p.4

III. Résultats.....p.10

IV. Discussion.....p.16

V. Conclusion.....p.29

VI. Sources bibliographiques.....p.31

VII. Annexes.....p.35

I. Introduction

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble du neuro développement fréquent dans la population pédiatrique. Sa prévalence est estimée à 3,2% chez les enfants âgés entre 6 et 11 ans (1). Il s'exprime dès le plus jeune âge par des difficultés de concentration, une impulsivité, et des comportements d'hyperactivité. Son diagnostic est officiellement codifié par le DSM-5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5eme édition)(2), référence mondiale de la communauté scientifique psychiatrique. Le TDAH se définit par la cohabitation de différents critères cliniques (retranscrits en annexe N°1) ayant des conséquence sur la vie sociale, professionnelle ou familiale, apparus avant l'âge de 12 ans, persistant sur plus de 6 mois, se manifestant dans au moins deux secteurs, et ne pouvant être expliqué par un autre trouble mental. On distingue différents types de TDAH : celui avec une prédominance des symptômes d'inattention, celui avec une prédominance impulsive/hyperactive ou celui avec une forme combinée. Par ailleurs, on constate une amplitude d'intensité importante avec des troubles allant de léger à sévère.

Longtemps associé aux enfants et aux adolescents, on sait maintenant que le TDAH persiste dans la majorité des cas à l'âge adulte. En effet, sa proportion dans la population adulte est estimée à 2,8% (3), ce qui en fait le trouble le plus fréquent en psychopathologie. Ainsi, même si les symptômes évoluent au fil du temps avec notamment un émoussement de l'hyper activité, il n'existe pas de limite d'âge pour son diagnostic.

Le TDAH est un phénomène mondial, qui touche toutes les catégories sociales de façon homogène, sans spécificité ethnique ou géographique puisque son taux est sensiblement identique sur les cinq continents (4). Contrairement aux idées reçues, il ne s'agit pas d'un phénomène de mode. Bien que le nombre de diagnostics de TDAH augmente, sa prévalence reste stable depuis trois décennies (4) ce qui atteste d'une prise de conscience et d'une meilleure connaissance de son existence.

Cependant, comme le rappelle la HAS en France (5) le trouble est très largement sous diagnostiqué chez l'adulte. Pourtant il est lié à des conséquences importantes sur la vie professionnelle, sociale et familiale, affectant la qualité de vie des individus, leur bien-

être, leur productivité, et imposant une charge significative sur le système de santé (6). Ses conséquences économiques et sociales approximées sont si importantes qu'il en devient un enjeu de santé publique.

Ceci est d'autant plus consternant que bien souvent, son simple diagnostic peut suffire à améliorer la qualité de vie des adultes concernés. En effet, le simple fait de comprendre les raisons de ses difficultés permet de mieux les résoudre mais aussi de gagner confiance en soi et d'améliorer sa propre estime, si souvent affectée. De nombreuses études confirment que la prise en charge du TDAH chez l'adulte a un impact positif au niveau individuel et sociétal en favorisant un meilleur niveau d'insertion professionnelle tout en diminuant le risque d'accidents et de conduites addictives(7,8). De multiples prises en charge existent et ont prouvé leurs efficacité, qu'elles soient médicamenteuses ou comportementales et cognitives (9;10)

Ainsi, le TDAH est un trouble très fréquent chez les adultes, qui engendre de grandes difficultés individuelles et collectives. Son dépistage ainsi que son diagnostic sont bien codifiés et sa prise en charge satisfaisante. Malgré cela, on assiste à un important sous-diagnostic, issu d'un sous dépistage lui même conséquence d'un manque de repérage. En médecine, le repérage désigne le processus de détection précoce de signes, symptômes ou facteurs de risque d'une maladie ou d'un trouble chez une personne, avant que le diagnostic formel ne soit posé. L'objectif du repérage est d'identifier les personnes qui pourraient bénéficier d'une évaluation plus approfondie, de manière à pouvoir intervenir précocement et ainsi prévenir les risques, limiter les complications, et optimiser la prise en charge. Par conséquent, pour améliorer le dépistage il faut améliorer le repérage. Or, comme le rappelle la HAS il n'existe pas actuellement de recommandations pour le repérage des patients adultes (5). Celui-ci reste donc subjectif, dépendant des connaissances et de l'expérience de chacun. Par conséquent il demeure peu accessible et continue d'être l'apanage d'une minorité d'experts.

Aussi, ce travail se propose de définir des critères de repérage objectifs grâce à un consensus d'experts. Il s'agit de répondre à la problématique suivante : comment repérer le TDAH chez l'adulte en soins premiers ?

I. II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

a) La méthode de consensus par groupe nominal: explication et déroulement

Afin de répondre à l'objectif principal, la méthode de consensus par groupe nominal a été adoptée. En effet, c'est la méthode la plus adaptée à ce genre d'objectif. Cette technique a été créée par deux chercheurs américains en 1968 : André Delbecq et Andrew Van den Ven (11) depuis, elle est fréquemment utilisée dans le monde de l'entreprise et de plus en plus dans celui de la recherche.

Le but de la méthode de consensus par groupe nominal est d'arriver à un consensus autour d'une question pour laquelle des avis divergent. Elle correspond à une réunion d'experts qui travaillent ensemble sur une question donnée pour aboutir à sa résolution en émettant et classant leurs réponses. Cette réunion codifiée est animée par un coordinateur. Cinq à neuf experts participent, mais il est possible d'aller jusqu'à quinze. Les interactions se font essentiellement entre le coordinateur et chaque membre du groupe pour éviter les phénomènes de dominance. Cette méthode permet de recueillir puis classer et hiérarchiser des idées de manière structurée (12). Elle vise à produire des estimations quantitatives à partir d'une approche qualitative. Cette réunion se déroule en plusieurs étapes, décrites ci dessous.

- **Première étape, Mise en condition et énoncé de la question:** Après avoir expliqué aux experts les règles, le déroulé de la réunion et l'objectif de l'étude, l'animateur propose un scénario introductif afin de mettre les experts en situation. Il leur soumet ensuite la problématique de l'étude sous forme d'une question afin de recueillir les réponses des experts.
- **Deuxième étape, Réflexion personnelle et génération individuelle d'idées:** Durant quelques minutes, chaque participant réfléchit à la question et répond individuellement en notant toutes ses idées sans discussion préalable. Cette étape permet la production d'un grand nombre de propositions. Les réponses ne doivent pas nécessairement être réalistes, dans la mesure où la subjectivité des avis et les

sentiments sont également recherchés

- **Troisième étape, Tour de table et énoncé des idées:** L'animateur demande à chaque participant de communiquer à tour de rôle une seule proposition. Les participants partagent, tour à tour, leurs idées avec le groupe, une seule réponse à la fois, jusqu'à l'épuisement des réponses. L'animateur note les idées de manière visible pour tous, sans débat ni jugement à ce stade.
- **Quatrième étape, Clarification-reformulation:** les idées sont discutées, clarifiées et approfondies si nécessaire, en gardant une approche constructive. Cette clarification permet une reformulation des idées et leur regroupement pour éviter les doublons. Cette étape permet de s'assurer que tous les participants donnent le même sens à chaque proposition.
- **Cinquième étape, Vote individuel :** chaque participant est invité à sélectionner les items les plus importants parmi la liste générée, puis à les hiérarchiser en attribuant un score (souvent de 1 à 10) aux propositions sélectionnées. Les propositions sont ainsi classées selon leur total de points.
- **Synthèse des résultats :** L'animateur compile les votes et identifie les idées ayant obtenu le plus de soutien.

b) Sélection des experts:

Avant toute réunion, le premier point est donc la sélection des experts par le directeur de l'étude en vue de les réunir pour la réalisation de l'étude. Selon le Robert (13), un expert est un individu qui a acquis une grande habileté par l'expérience, par la pratique. Dans les méthodes de consensus, les experts sont des personnes ayant une connaissance approfondie dans le domaine étudié.

Ces experts peuvent être issus du milieu professionnel dédié ou être directement concernés en tant qu'objet de l'étude si une démarche personnelle d'approfondissement des connaissances a été réalisée. Dans le milieu médical, on parle alors de patients experts. En ce qui concerne le TDAH chez l'adulte, on peut ainsi affirmer que les acteurs

de soins impliqués dans la prise en charge du TDAH sont de bons experts du fait de la spécificité et de la rareté de la prise en charge. Les adultes TDAH investis dans ce domaine, de façon associative ou à titre personnel afin de mieux comprendre le TDAH ont également une expertise très fine en la matière. Ainsi, pour être le plus pertinent et objectif possible, la sélection des experts s'est intéressée aux professionnels de santé travaillant sur le TDAH mais aussi aux adultes TDAH.

Critères d'inclusion des patients experts :

- diagnostic établi à l'âge adulte, depuis au moins un an, par un médecin spécialisé du tdah de l'adulte (neurologue ou psychiatre).
- Age : avoir au minimum 21 ans.
- Être intéressé par le TDAH et avoir approfondi le sujet.

Critères d'exclusion des patients experts :

- avoir des comorbidités psychiatriques : de nombreux adultes tdah souffrent de pathologies psychiatriques susceptibles d'entraîner un biais de confusion.
- Être incapable d'écouter et de se concentrer le temps d'un débat.

Critères d'inclusion des soignants experts :

- Être un professionnel de santé médical ou paramédical.
- faire du repérage de TDAH parmi ses patients adultes.
- être légitime pour le faire par la possession de diplômes médicaux/paramédicaux d'état.

Critères d'exclusion des soignants experts :

- Être incapable d'écouter et de se concentrer le temps d'un débat.

Pour trouver des experts, je me suis rapproché des centres de référence locaux et nationaux en matière de TDAH de l'adulte. J'ai contacté directement différents médecins afin de les impliquer dans l'étude. J'ai également contacté certains de leurs patients préalablement sélectionnés par leurs soins. Ces patients experts étaient sélectionnés sur leur intérêt concernant le TDAH, leur absence de comorbidité, leur motivation et leur habilité sociale.

C) Choix de la date de réunion:

Une fois l'ensemble des candidats sélectionnés, il a fallu les réunir afin de réaliser la réunion. Pour y parvenir, un bref sondage afin de connaître les disponibilités de chacun a d'abord été effectué. Puis, l'application Doodle a permis de leur proposer différentes dates en envoyant un lien sur leur adresse mail. Ce lien les redirigeait sur la page de l'annexe n°2 pour qu'ils puissent choisir la date voulue.

La date a ainsi été déterminée en fonction des disponibilités du plus grand nombre de participants. Malheureusement aucune date n'a permis de réunir la totalité des experts. Il a donc fallu faire un choix. Ce fut celui de la majorité. La réunion a donc eu lieu le 1er mai 2024 à 18h45. 8 experts étaient prévus, malheureusement un soignant s'est décommandé quelques minutes avant. La réunion a donc réuni 7 experts sur l'application zoom en visio conférence. Ce choix a été orienté par les contraintes géographiques propres aux différents participants. En effet, les participants sont domiciliés dans différentes régions de France et ont tous une activité professionnelle contraignante.

d) Déroulement de la réunion:

La séance s'est déroulée en visioconférence sur l'application ZOOM et sa durée maximale a été fixée à trois heures. L'usage de l'application ZOOM a permis d'enregistrer la réunion dans son intégralité. J'ai assuré le rôle d'animateur et de secrétaire, assisté par le Dr Piponnier, présent lors de la réunion.

En début de réunion, une brève introduction a permis de rappeler le fonctionnement et le déroulement de la soirée. Cette présentation (retranscrite en annexe n°3) a permis également de rappeler les points clés de ce travail et notamment ses objectifs. Puis la soirée s'est déroulée comme prévu sans difficultés notables.

La phase de réflexion a duré 21 minutes avec une phrase de relance toutes les 7 minutes.

Après cela, nous avons réalisé la phase d'énumération des idées. Celles-ci étaient particulièrement nombreuses et éclectiques. Chacun a énoncé tour à tour une réponse jusqu'à la dernière. Les différentes idées exprimées par le groupe étaient notées sur un tableau Excel, visible par tous en partage d'écran. Les idées étaient classées par thème.

En même temps que les réponses étaient énoncées, il fallait parfois les expliciter afin d'en définir le sens et pouvoir les classer dans la bonne catégorie. A ce moment, certaines réponses ont donc été directement reformulées par leurs auteurs afin d'éviter les doublons et pour être le plus clair possible. Toutes les réponses sont présentes sur l'annexe n°4 dans leur forme clarifiée. Une fois toutes les réponses collectées, vint ensuite la phase de reformulation

e) Reformulation

L'objectif de cette étape est de synthétiser les idées, les rendre exploitables tout en leur restant fidèle. Cette tâche a été réalisée en partie par le groupe en fin de réunion puis a été complétée par mes soins, assisté du Dr. Piponnier dans les jours qui suivirent afin d'éviter au maximum les biais de mémoire. La difficulté de cette étape réside dans la sélection nécessaire des idées afin de parvenir à un ensemble de propositions cohérent et restreint de réponses. Il faut faire beaucoup de compromis mais certaines propositions n'ont pu être retransmises dans leurs intégrité. Un maximum de 25 réponses avait arbitrairement été choisi pour trouver un équilibre entre pertinence et originalité. Finalement il y en a eu 27 pour être le plus représentatif possible. Cette étape est détaillée en annexe 5.

Une fois les propositions définies, il a fallu les soumettre au vote des experts.

f) Le vote:

Le vote a été réalisé en distanciel, la semaine suivant la réunion. Il s'est effectué via un formulaire Google Form[®] envoyé en lien par courrier électronique. Pour cela, chaque expert reçu par mail le formulaire. Celui-ci contenait une brève introduction afin de contextualiser le sens du vote mais aussi une notice explicative pour correspondre aux consignes données. En effet, il été demandé de sélectionner les 10 réponses les plus pertinentes pour le repérage en soins premiers puis parmi ces dix réponses, hiérarchiser celles ci de la plus intéressante (10 points) à la moins pertinente (1 point).

Selon les différents écrits sur le groupe nominal, certains proposent une notation de 0 à 5 et d'autres de 0 à 10. Nous avons choisi le système de notation de 0 à 10 car il

s'agit d'une utilisation plus habituelle des échelles. Ce système rend le procédé plus fluide et permet d'affiner les votes.

Le vote était secret mais pas anonyme pour être en mesure d'exploiter les réponses en fonction des particularismes de chaque expert. Un délai d'une semaine pour répondre a été donné et respecté.

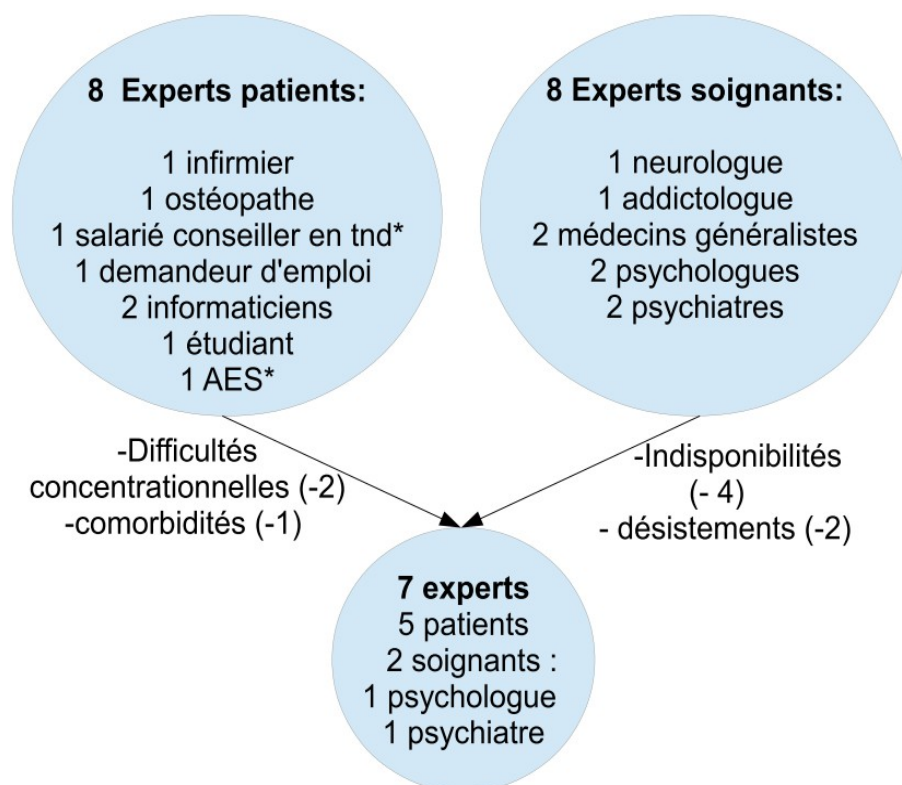
III. Résultats

a) résultat de la sélection des experts:

A l'issue des étapes d'inclusion des experts, j'ai pu sélectionner 16 experts, 8 patients et 8 soignants dans l'étude.

J'ai longuement discuté par téléphone avec chaque expert. Cela m'a permis de constater que certains présentaient des comorbidités incompatibles avec l'étude. J'ai aussi remarqué la difficulté de certains pour écouter, se concentrer et répondre de façon concise sans digression au sujet. Il m'a donc fallu retirer 3 patients experts pour ces raisons là. De plus, après avoir contacté les soignants, certains se sont désolidarisés au fur et à mesure du travail de la thèse. In fine, 6 experts soignants étaient disposés pour participer à l'étude. Malheureusement, certains experts médicaux n'ont pu participer à la réunion du fait de contraintes professionnelles et personnelles inopinées. Finalement la réunion a réuni 7 experts dont 5 patients et 2 soignants. Le diagramme de flux ci dessous présente la sélection des experts et le tableau, leurs caractéristiques.

Figure n°1: sélection des experts



AES : accompagnant éducatif et social
TND: trouble du neuro-développement.
NB: 2 des experts patients donnent des formations sur le TDAH de l'adulte.

Figure n°2: Tableau des caractéristiques des experts

Expert	Sex	Age	Profession
Soignant n°1	Femme	36	psychiatre
Soignant n°2	Homme	38	psychologue
Patient n°1	femme	56	Salariée + formatrice sur troubles du neurodevelopement.
Patient n°2	homme	28	ostéopathe
Patient n°3	homme	62	Ingénieur en informatique + coach en TDAH
Patient n°4	femme	33	AES (accompagnant éducatif et social)
Patient n°5	Homme	40	infirmier
Ratio expert P/S: 2,5	Sex ratio H/F: 1,3	Moyenne: 33	

b) Résultat des propositions émises:

A l'issue de la réunion et de l'étape de reformulation, un ensemble de 27 propositions à pu être établi afin d'exprimer les idées des experts.

Voici ces propositions:

- 1.** *Hyper activité physique: Agitation, trituration (fidgeting) gestes d'auto réassurance (stiming).*
- 2.** *Passage du coq à l'âne et réponse anticipée des fins de phrases.*
- 3.** *Logorrhée et réponses inappropriées fréquentes.*
- 4.** *Antécédent personnel ou familial de tdah (ses enfants).*
- 5.** *Trouble des apprentissages avec présence de dys dans l'enfance/à l'âge adulte.*
- 6.** *Comorbidité psychiatrique : antécédent de Trouble anxieux, dépression.*
- 7.** *Antécédent de trouble du comportement alimentaire.*
- 8.** *Profil avec hyper sensibilité/hyper sensorialité/ hyper émotivité.*
- 9.** *Addiction avec ou sans produit : sport, écran, cannabis, achats compulsifs...*

- 10.** *Symptômes hormonaux exacerbés en période de règles.*
- 11.** *Hyper activité mentale avec parasitage intellectuel incessant.*
- 12.** *Difficultés attentionnelles/distractibilités rapportées par l'entourage.*
- 13.** *Hyper focalisation et soucis du détail.*
- 14.** *Pratique à risque et mise en danger fréquente : poly traumatisme, IST, Accidents de la route...*
- 15.** *Difficultés relationnelles avec conflits intra familiaux, professionnels et sociaux.*
- 16.** *Fatigue, trouble du sommeil, difficultés pour se reposer et consommation très importante de boisson énergétique.*
- 17.** *Plaintes mnésiques avec oublis récurrents (rendez vous, materiel etc).*
- 18.** *Instabilité organisationnelle avec procrastination, retards/absences et travail dans l'urgence.*
- 19.** *Instabilité générale avec course contre la montre permanente.*
- 20.** *Hyper-organisation voire rigidité avec prise de notes systématique.*
- 21.** *Parcours scolaire/professionnel difficile parsemé d'échecs, réorientation et Burn-out.*
- 22.** *Profil atypique, avec antécédents de rejet/harcèlement.*
- 23.** *Difficultés du respect des consignes et besoin de réexplication fréquent.*
- 24.** *Difficultés avec l'autorité et problèmes judiciaires.*
- 25.** *Touche à tout avec passions multiples et volatiles.*
- 26.** *Besoin de se défouler, de faire du sport ou de la méditation/relaxation.*
- 27.** *Précarité et instabilité économique.*

c) Résultat des votes

Une fois tous les votes rassemblés, un score a été attribué pour chaque proposition qui correspond à la somme des voix obtenues. Voici l'histogramme montrant le score en fonction des propositions. La version quantitative des votes exprimés en fonction des experts est disponible dans l'annexe n° 6 sous forme de tableau.

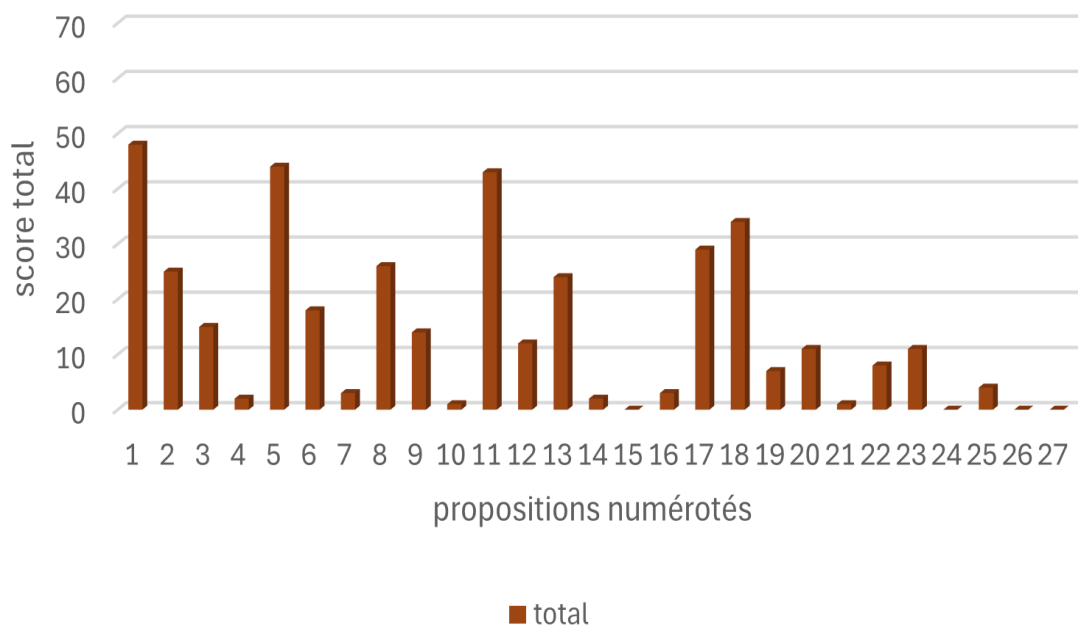


Figure n°4 : Histogramme du score de chaque proposition.

On s’aperçoit que les résultats sont très inégaux. Certaines propositions obtiennent une large majorité contrairement à d’autres. Certaines propositions sont clairement mises en avant tandis que d’autres sont rejetées à l’unanimité. Ainsi on peut affirmer qu’il existe des consensus sur le repérage du TDAH de l’adulte parmi les experts. Nous avons pu hiérarchiser les 27 propositions par ordre de priorité. Ce résultat est présenté par l’histogramme ci dessous. Il est également disponible sous forme de tableau en annexe n°6.

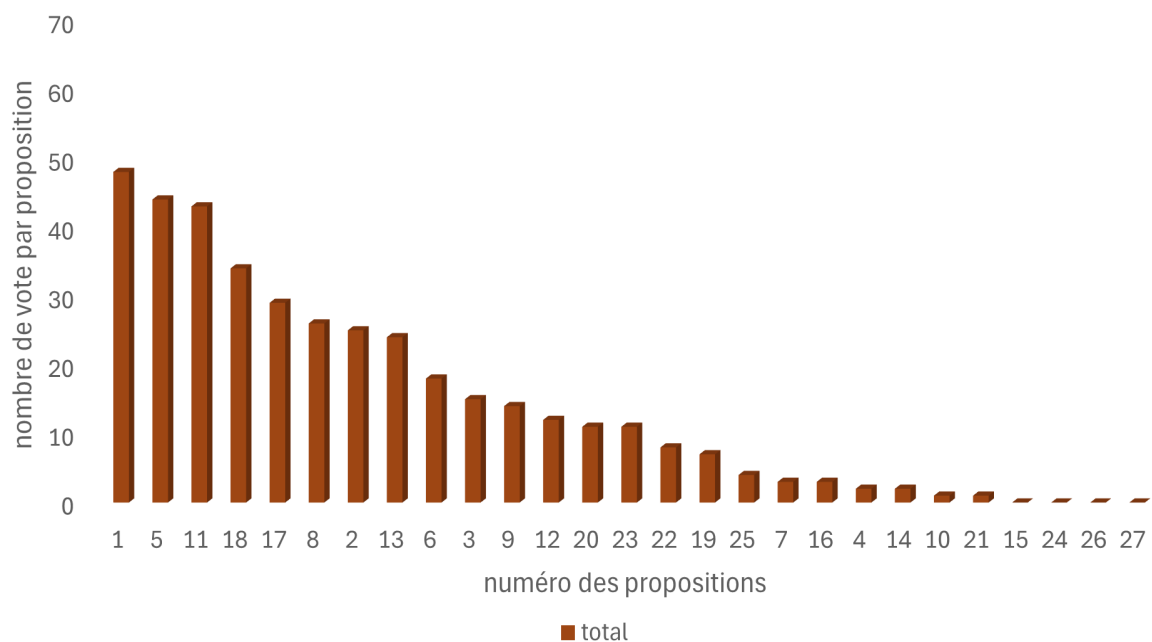


Figure n°5 : Histogramme des propositions classées par score.

On s'aperçoit que la somme des 10 premières propositions réunit 80% des propositions totales. On peut en déduire qu'un faible nombre de propositions obtient l'adhésion d'une large majorité. Ceci affirme la pertinence des propositions concernées, car elles sont nettement plébiscitées par rapport aux autres.

Nous avons ici le classement des dix premières propositions par ordre de priorité. Pour rappel, la priorité correspond au score dans notre tableau.

Propositions classées par ordre de priorité	Score total	Score moyenné sur 10
1. Hyper activité physique: Agitation, trituration (fidgeting) gestes d'auto réassurance (stimming).	48	6,86
2. Antécédent personnel ou familial de tdah (ses enfants).	44	6,29
3. Hyper activité mentale avec parasitage intellectuel incessant.	43	6,14
4. Plaintes mnésiques avec oublis (rendez vous, materiel ect) récurrents.	34	4,86
5. Fatigue, trouble du sommeil, difficultés pour se reposer et consommation très importante de boisson énergétique.	29	4,14
6. Profil avec hyper sensibilité/hyper sensorialité/ hyper émotivité.	26	3,71
7. Communication stéréotypée avec passage du coq à l'âne et réponse anticipée des fins de phrases.	25	3,57
8. Trouble des apprentissages avec présence de dys dans l'enfance/à l'âge adulte.	24	3,43
9. Comorbidité psychiatrique : antécédent de trouble anxieux, dépression.	18	2,57
10. Logorrhée et réponses inappropriées fréquentes.	15	2,14

Figure n°6 : Tableau des 10 premières propositions par ordre de pertinence.

IV. Discussion

a) Validité interne

1) La méthode du groupe nominal

La méthode du groupe nominal est un outil efficace pour structurer les discussions de groupe, générer des idées de manière équitable, et parvenir à des décisions partagées. Sa structure permet d'avancer rapidement et d'identifier les priorités. L'alternance de travail individuel et collectif permet à chacun de s'exprimer, de donner ses idées et d'influencer les décisions. Elle requiert peu de temps et peu d'argent, mais sa qualité est fonction des experts et de l'animateur. Sa structure peut provoquer des frustrations chez certains participants, surtout les plus volubiles. En outre, son déroulement rapide peut limiter l'émergence de réflexions poussées sur le sujet concerné. Cependant, le temps alloué aux réflexions personnelles de 21 minutes (3x7) m'a semblé suffisant.

2) Organisation de la réunion

L'organisation du groupe nominal est assez complexe puisqu'elle nécessite de réunir différents experts simultanément au même endroit. Dans certains travaux, cette problématique est contournée et le groupe nominal se fait via courriels électroniques ou appels téléphoniques pour recueillir les idées. Pour véritablement rester fidèle à la confrontation direct des idées, j'ai préféré réunir tous les participants de façon numérique et ne recueillir ou divulguer aucune information avant ou après la réunion. Ce choix favorise les échanges spontanés et l'enrichissement mutuel. Il limite les influences extérieures mais il exclue définitivement de l'étude tout expert ne pouvant participer à l'unique réunion. Ce fut le cas pour quatre experts qui pour des raisons personnelles ou professionnelles étaient indisponibles au moment de la réunion.

3) Effectif des experts

Le nombre d'experts doit être suffisant pour assurer la saturation du contenu et la

représentation des différents points de vue complémentaires.

Avec 7 participants lors de la réunion, l'échantillon d'experts reste faible malgré la qualité des intervenants pour assurer une représentation fidèle de la population cible. Le DUMG de Toulouse préconise la présence de 5 à 9 experts. (30) La limite minimale a donc été respectée.

4) L'animateur

Le choix de l'animateur est également un gage de qualité et de validité de l'étude. Celui-ci doit avoir une expérience en animation de groupe et une connaissance approfondie du sujet afin de pouvoir intervenir dans la réunion pour recentrer les idées et en fixer les limites. Je me suis attribué ce rôle. En complément, le Dr Piponnier m'a aidé en tant que modérateur. Rétrospectivement, je considère que j'aurais pu être plus strict lors de la réunion pour recentrer les idées et qu'elles répondent d'avantage à la problématique du repérage en soins premiers. Cependant il m'a semblé que toute intervention comprenait un risque pour la créativité. Je m'en suis donc abstenu au maximum. La qualité de la procédure dépend également de la question d'étude posée par l'animateur. Sa formulation doit correspondre parfaitement aux objectifs de recherche, rester concise tout en permettant d'explorer toutes les facettes du problème (31). L'animateur est aussi responsable de la contextualisation de la question. L'emploi d'un scénario bref doit permettre aux experts de comprendre les circonstances de la problématique et son univers d'application. Ce scénario a une influence sur les propositions émises. J'ai veillé à ce qu'il reste à la fois large mais adapté à la question de recherche. Par ailleurs, j'ai volontairement introduit des thématiques subjectives lors des relances durant la phase de réflexion. Cette intrusion avait pour but de stimuler l'imagination des experts mais introduit un biais d'influence.

5) Les propositions retenues

La méthodologie du groupe nominal ne précise pas si l'on doit fixer un nombre de propositions pour le vote. Dans un souci d'exhaustivité, celles-ci n'ont pas été limitées initialement. Toutefois l'étape du vote nécessite une condensation des propositions lorsque celles-ci sont nombreuses. Le côté TDAH de certains experts majore cette obligation. Un maximum de 25 réponses a ainsi été arbitrairement défini pour trouver un équilibre entre pertinence et originalité. Une fois les idées regroupées et les doublons éliminés, il a fallu reformuler certaines idées afin qu'elles restent exploitables. Ce travail a permis de synthétiser les 88 propositions initiales en 27 propositions finales. Cette tâche a été réalisée en partie par le groupe puis a été complétée par mes soins, assisté du Dr. Piponnier. Pour rester le plus fidèle possible aux propositions et à leurs auteurs, la réunion ayant été enregistrée, la reformulation des idées a été réalisée après visionnage de la réunion. Ceci pour limiter l'appropriation des propositions et préserver leur singularité. Malgré tout, certaines suggestions jugées trop éloignées des objectifs de l'étude n'ont pas pu être retranscrites.

6) Le système de vote

Dans l'étude réalisée le système de vote s'est fait par notation. Selon les différents écrits sur le groupe nominal, certains proposaient une notation de 0 à 5 et d'autres de 0 à 10. Nous avons choisi le système de notation de 0 à 10 car il s'agit de l'échelle la plus habituelle. Ceci rend le procédé plus fluide et plus discriminant permettant d'affiner les votes. En revanche, cela complexifie la réflexion des experts qui doivent être en mesure de présélectionner 10 réponses puis de les hiérarchiser.

7) Les biais de mesure et de recueil de l'information

Le vote s'est effectué en différé par courrier électronique via un formulaire Google Form[®]. Cette décision s'est imposée d'elle-même. En effet, la réunion ayant déjà duré près de 3h, en sachant que nombre des participants peuvent avoir quelques soucis attentionnels, il ne semblait pas envisageable de procéder directement au vote. Par ailleurs, il fallait également reformuler quelques notions.

Cependant, je ne pense pas avoir dérogé à l'esprit du groupe nominal, car cela donnait un temps de réflexion plus vaste aux participants sans influence par les autres membres.

De plus, la réponse rapide des participants a limité les biais de mémorisation.

En revanche, la présentation des items par Google Form[®] présenta quelques désagréments si l'interface utilisée était un smartphone. En effet, la taille de l'écran empêche la visualisation de l'intégralité des réponses sur la même page, ce qui peut influencer le choix des réponses et favoriser les premières. De la même façon, 27 propositions étaient suggérées, ce qui entraîne une baisse de concentration vis à vis des dernières propositions. Par conséquent, on peut légitimement craindre que le choix des experts ait été influencé selon l'ordre et la disposition des idées, au profit des premières.

c) Validité externe

1) Choix de la méthode du groupe nominal

La méthode de consensus par groupe nominal a été choisie pour répondre à l'objectif de l'étude. Elle a pour but de créer et prioriser des idées pour un sujet donné. Elle fut proposée par les Dr. Piponnier et Savignac et a été adoptée car elle est parfaitement adaptée pour répondre efficacement à la question de recherche. Cette méthode a fait ses preuves en santé publique depuis les années 1970 et "selon les principes de la médecine factuelle, un consensus validé par un groupe a un niveau de preuve supérieur à l'avis d'un expert isolé » (32). Aussi, on peut estimer que l'emploi de cette méthode est pertinent pour répondre à la problématique du repérage du TDAH dans la population adulte.

Une autre méthode par groupe de cotation aurait été possible pour réaliser ce travail: il s'agit de la méthode Delphi qui fait également partie du guide méthodologique de l'HAS. En revanche, sa mise en place est plus complexe, plus longue et nécessite des experts plus nombreux et plus rigoureux.

La méthode Delphi a donc été délaissée au profit du consensus par groupe nominal, plus simple et efficace dans le contexte présent. Le groupe nominal a l'avantage d'être plus accessible surtout pour des adultes TDAH, du fait de sa facilité d'utilisation. Il encourage la participation de tous les membres, même les plus réservés et réduit l'effet de domination d'individus sur le groupe par l'intervention de l'animateur.

Néanmoins, le groupe nominal exige une certaine habilité sociale pour le travail en groupe, rédhibitoire chez certains profils d'experts patients. Du reste, les formes d'expertises restent discutables.

2) Experts patients et soignants

Afin de répondre le plus finement à la problématique, il m'a semblé judicieux d'inclure des patients dans le groupe d'experts. Ceci afin d'explorer un maximum de pistes en confrontant les expériences de ces deux groupes. Cette mixité est une force pour l'étude puisqu'elle garantit la présence de points de vue complémentaires (détaillée en annexe 8). Malgré le faible nombre d'experts et donc le manque de puissance de l'étude, il me semble que la richesse et la diversité des idées a pu être exprimée grâce à l'imagination et à la maîtrise du sujet de la part des participants.

3) La représentativité de l'échantillon.

Pour être le plus représentatif possible, j'ai été vigilant à ce que les profils soient les plus variés possible en fonction du sexe, de l'âge et de la profession. En ce qui concerne les experts patients, une sélection nécessaire a dû être réalisée sur leurs

capacités à travailler en équipe. Ainsi, l'échantillon ne représente pas les cas les plus compliqués en termes d'aptitude sociale ce qui introduit un biais de sélection (appelé biais de survie) puisqu'on peut considérer que les experts patients ont une forme de TDAH moins sévère que d'autres. La sélection a également exclu les profils présentant d'autres comorbidités, ce qui est fréquent dans le TDAH, afin de limiter les biais de confusion. Néanmoins ceci majore le biais de sélection. La sélection des adultes TDAH s'est opérée sur les connaissances et l'expertise de ceux ci concernant le TDAH. Nous sommes donc face à un autre biais appelé biais des experts ou biais de sélection d'expertise.

Ainsi, on peut supposer que les patients experts sont plus motivés, plus sociables, mieux intégrés que la population TDAH générale.

4) Parité

Le TDAH est majoritairement diagnostiqué chez les hommes, à tort. Ceci est dû au fait que l'expression du TDAH féminin est moins visible car les caractéristiques physiques de l'hyper activité sont plus discrètes chez la femme (33). Aussi, pour garantir la diversité et la représentativité de la population cible, un souci de parité s'est instauré aboutissant à un sex ratio de 1,3 en faveur des hommes contre 5.1 dans la population TDAH adulte générale.

5) Les biais de sélection

L'échantillonnage d'experts se heurte à différents biais de sélection. En effet, devant la difficulté pour trouver des experts de façon aléatoire, il a fallu procéder de façon ciblée. La sélection des experts s'est faite grâce à mon réseau d'internes, de maîtres de stage rencontrés, de médecins membres du DUMG. Les centres experts contactés ont également été sélectionnés en fonction de leur zone d'exercice, affilié au CHU de Toulouse

ou de Montpellier. Ainsi, la grande majorité des experts est domiciliée en Occitanie, ce qui inclut un biais de localisation. Par ailleurs, les patients experts m'ont été présentés soit par des médecins soit par les patients eux mêmes. Des liens étroits unissent donc patients et soignants ce qui entraîne un biais de sélection supplémentaire.

Les experts ont été contactés entre Janvier et Avril 2024 pour éviter la période estivale, souvent moins propice aux stimulations intellectuelles. Il s'agit d'un biais de fenêtre temporel.

6) Expertises

Les participants étaient considérés comme des « experts » en fonction de leurs liens, direct (patient) ou indirect (soignant) avec le TDAH.

Les soignants furent sélectionnés en fonction de leur expérience concernant le TDAH. Ils devaient avoir effectué des repérages de ce trouble parmi leurs patients et être légitimes pour le faire du fait de leur diplôme d'état.

Concernant les patients experts, l'inclusion était fonction de leur implication personnelle et intellectuelle dans cette cause. Cette dernière composante est plus subjective. Les adultes TDAH m'ont, pour la majorité, été présentés par des médecins les ayant sélectionnés précisément sur ces critères. Par ailleurs, je les ai ensuite appelés personnellement pour m'assurer de leur capacité d'expertise et de leur habilité sociale. Pour cela, j'ai évalué oralement leur degré d'implication et de connaissance dans le TDAH par un entretien dirigé. Il en résulte que tous maîtrisent très largement le sujet.

7) confrontation et vérification

Il est difficile de vérifier nos résultats puisque le repérage du TDAH chez l'adulte n'a pour l'instant jamais fait l'objet d'études de ce type. En effet, le diagnostic est un élément largement étudié dans le TDAH mais pas le repérage, et encore moins chez

l'adulte. Cependant les critères de diagnostic présents dans le DSM 5 sont issus d'un consensus entre experts, faisant partie de l'American Psychiatric Association (APA). Ces experts se réunissent au sein d'un comité éditorial appelé le Task Force of the DSM-5, qui est responsable de la révision et de l'élaboration des critères diagnostiques des différents troubles mentaux, y compris le TDAH. De la même façon, la fédération internationale du TDAH (World Federation of ADHD) a rédigé une déclaration de consensus en 2020 intitulée: 208 conclusions fondées sur des preuves pour le TDAH (7). On observe une grande cohérence entre les propositions issues de notre étude et celles de ces deux organismes de référence. C'est ce que nous avons décrit dans la partie résultats.

C) discussion autour des résultats

On remarque une grande convergence des dix premières propositions exprimées par les experts et la littérature.

En effet, on retrouve l'aspect physique décrit chez le TDAH avec une précision concernant les gestes d'auto réassurance ou de trituration. Chez l'adulte, l'hyper activité motrice persiste mais se fait plus discrète en laissant place à un besoin de bouger, de s'occuper. Le patient est souvent en train d'occuper ses mains, bouger les jambes ou mastiquer. (14)

On constate également la mise en avant du caractère héréditaire du TDAH, corroboré par la littérature. L'héritabilité du TDAH serait de l'ordre de 70 % selon une revue de littérature portant sur l'étude du TDAH chez les jumeaux, rassemblant 20 études, de S. Faraone publiée en 2005. (15) On saisit l'importance de la génétique dans le TDAH avec l'implication polygénique d'une multitude de gènes même s'il existe également des anomalies monogéniques plus rares. (16)

L'hyper activité psychique est également soulignée comme le décrit la littérature. Cet afflux incessant et non maîtrisable d'idées/de pensées est sensible et spécifique à hauteur de 90% par rapport aux cas contrôles (8). Cette hyper activité mentale ne s'organise pas autour d'une thématique comme dans le TOC (trouble obsessionnel compulsif) mais au contraire, reste fugace, sans direction précise et touche tous les

domaines. Le sujet rapporte être souvent envahi de pensées diverses, non répétitives, sans nécessairement de valence émotionnelle négative (comme dans les troubles anxieux) et sans lien avec l'activité en cours. Ce vagabondage intellectuel désordonné participe au trait majeur du TDAH, le déficit d'attention et son hyper distractibilité. (17)

De plus, on retrouve les plaintes somatiques fréquentes du TDAH, à savoir fatigue, trouble du sommeil, ce dont témoigne également la littérature. Chez l'adulte, le TDAH s'associe dans 60 à 80% des cas à divers troubles du sommeil (18). Les troubles du sommeil rencontrés se caractérisent par une latence à l'endormissement et des réveils plus fréquents la nuit (19). Le syndrome de retard de phase du sommeil implique une perturbation du rythme circadien normal. Il se caractérise par une préférence pour un sommeil tardif et un lever tardif, avec une insomnie d'endormissement lorsqu'on essaie de se coucher tôt et une activité intense en fin de soirée ou de nuit. La prévalence dans la population générale adulte est estimée entre 0,13 % et 3,1 % contre 26 % chez les adultes TDAH (20). Une somnolence diurne excessive est observée chez 40% des patients (21), avec un risque d'accident de la route augmenté. Les perturbations du sommeil altèrent la vigilance diurne, majorent l'inattention, l'impulsivité et peuvent exacerber les symptômes d'hyperactivité. Ils ont également une activité délétère sur la mémoire.

A ce sujet, on observe que les experts estiment les plaintes mnésiques comme une priorité pour le repérage du TDAH chez l'adulte avec notamment l'oubli de rendez vous. Ceci n'est pas surprenant. Le TDAH est lié à des difficultés concernant la mémoire de travail et des troubles dans les fonctions exécutives (22). Ces troubles sont responsables de difficultés pour l'organisation, la planification. Ceci explique pourquoi les adultes TDAH ont des difficultés pour se souvenir et honorer leurs rendez vous. Par ailleurs, la concentration est une composante importante pour la mémorisation mais également pour le recueil des souvenirs. On comprend bien les difficultés mémorielles exprimées par les adultes TDAH.

Parmi les propositions retenues, on constate la présence d'autres troubles du neuro-développement tels que les troubles spécifiques des apprentissages. Les troubles de l'acquisition du langage oral ou écrit sont particulièrement fréquent durant l'enfance des adultes TDAH (23). On note une surreprésentation de dyslexie, dysorthographe, trouble de l'articulation voire dysphasie et même dyscalculie (24). Aussi, les adultes TDAH ont souvent eu de l'orthophonie dans leur enfance et gardent généralement des

difficultés dans les domaines concernés. De ce fait, il est normal de retrouver les troubles « dys » parmi les propositions énoncées. La dyspraxie ou trouble de la motricité fine est liée à un excès de motricité générale et un défaut d'inhibition dans la réponse motrice. Ainsi, la motricité fine est atteinte tout comme la stabilité posturale. Souvent, l'automatisation des gestes est plus difficile et les adultes TDAH sont considérés comme maladroits.

Dans la sphère linguistique, l'absence d'inhibition associée au caractère impulsif, fréquent chez l'adulte TDAH participe à l'anticipation des réponses de son interlocuteur, voire à lui couper la parole et finir ses fins de phrases. Par ailleurs les difficultés organisationnelles et l'hyper activité peuvent se traduire à l'oral par des logorrhées. De la même façon, le manque de concentration et le vagabondage intellectuel peuvent se présenter à l'oral sous forme de coq à l'âne (digression associative) ou de réponses parfois inappropriées. On constate là encore la cohérence de la littérature avec les résultats de l'étude.

A première vue, on peut être étonné de la proposition N°6: Profil avec hyper sensibilité/hyper sensorialité/ hyper émotionnalité. Le TDAH de l'adulte est l'objet de grandes discussions autour du principe de dysrégulation émotionnelle (deficient emotional self régulation ou DESR). On parle aussi de labilité émotionnelle ou impulsivité émotionnelle. Le chercheur américain Russell A. Barkley et d'autres militent pour l'intégration de cette symptomatologie dans les symptômes cardinaux du TDAH (25), à l'instar de l'inattention et de l'impulsivité. Pour le moment, le DSM considère la dimension émotionnelle comme un symptôme associé seulement.

R.A Barkley illustre l'impulsivité émotionnelle et le DESR par ces 8 items différents:

- Rapidité à se mettre en colère ou être contrarié
- Facilement frustré
- Réaction émotionnelle excessive
- Facilement excité émotionnellement par les activités autour de soi
- Perte de sang froid
- Se disputer avec autrui
- Facilement susceptible ou dérangé par autrui
- Colérique

On peut légitimement dresser un parallèle entre les critères de DESR et l'hyper

émotivité/sensibilité et sensorialité relatées par les experts qui expriment à travers cette proposition une sensibilité accrue aux éléments extérieurs et une expression plus vive et intense des réactions en découlant. Par ailleurs, les patients TDAH avec un score DESR élevé présentent une moins bonne qualité de vie (26) (27), une mauvaise adaptation sociale, moins de mariages et plus de divorces que chez les patients TDAH sans élévation du score DESR. Ces éléments incitent à penser que le DESR est un aspect important du tableau clinique du TDAH.

Les adultes souffrant de TDAH sont exposés à plus d'événements de vie stressants, en lien avec des échecs académiques ou professionnels et des difficultés relationnelles. Les conséquences engendrées sont exprimés par la proposition incluant troubles anxieux et dépression. En effet, chez les adultes TDAH l'estime de soi est souvent abaissée et un trouble dépressif majeur est retrouvé chez 20% (28) contre 5% dans la population générale chaque année. De plus, près de la moitié des adultes avec TDAH souffrent d'un trouble anxieux comorbide qui sera alors plus sévère et plus précoce que si il était isolé (16). Les manifestations anxieuses peuvent être de différents types: anxiété généralisée, anxiété sociale, trouble panique mais aussi symptomatologie obsessionnelle. La présence de ces comorbidités peut occasionner un retard au diagnostic pour le TDAH, car l'inhibition souvent retrouvée chez les patients anxieux peut masquer les symptômes d'hyperactivité ou l'impulsivité (29).

En outre, la majorité des adultes souffrant de TDAH présente au moins un autre trouble psychiatrique associé(16). Les troubles les plus fréquemment affiliés sont les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles de l'usage de substance et les troubles du spectre autistique (8). L'association de ces troubles rend difficile l'évaluation diagnostique du TDAH du fait de symptômes partagés. Ainsi, il existe un risque de repérage excessif de ces troubles du fait de leur correspondance avec le TDAH. A l'inverse certains troubles peuvent entraîner des symptômes similaires, confondus avec le TDAH et entraîner de faux-positifs avec le dépistage de l'ASRS-v1.1 (disponible en annexe 7). Ceci explique la raison pour laquelle le diagnostic du TDAH chez l'adulte est réalisé en centre expert avec l'implication de psychiatres afin de détecter les autres troubles psychiatriques associés ou de réévaluer le diagnostic et éviter les faux-positifs. Si le repérage du TDAH peut être l'affaire de tous, son diagnostic quand à lui doit être réservé à des experts en psychiatrie.

d) Perspectives et intérêt

L'intérêt de ce travail réside dans son originalité et sa singularité. A ma connaissance, personne n'a encore émis de critères de repérage concernant le TDAH de l'adulte et encore moins basés sur un consensus d'expert. Or le repérage est nécessaire au diagnostic et donc à la prise en charge. Par conséquent, ce travail se propose d'éclaircir le repérage de l'adulte TDAH en offrant des critères objectifs ayant fait l'objet d'un consensus entre différents experts. Le but est de préciser les éléments de repérage pour éviter qu'ils ne soient trop subjectifs et donc réservés à une minorité de soignants particulièrement compétente dans ce domaine. Ce travail souhaite ainsi contribuer à la démocratisation du repérage du TDAH chez l'adulte. Les dix premières propositions peuvent être considérées comme des outils efficaces de repérage pour le TDAH chez l'adulte.

Pour améliorer le repérage, on peut modifier la représentativité des résultats afin de les rendre plus pratiques d'utilisation. Ainsi donc, on peut proposer ce prospectus d'aide au repérage du TDAH chez l'adulte.

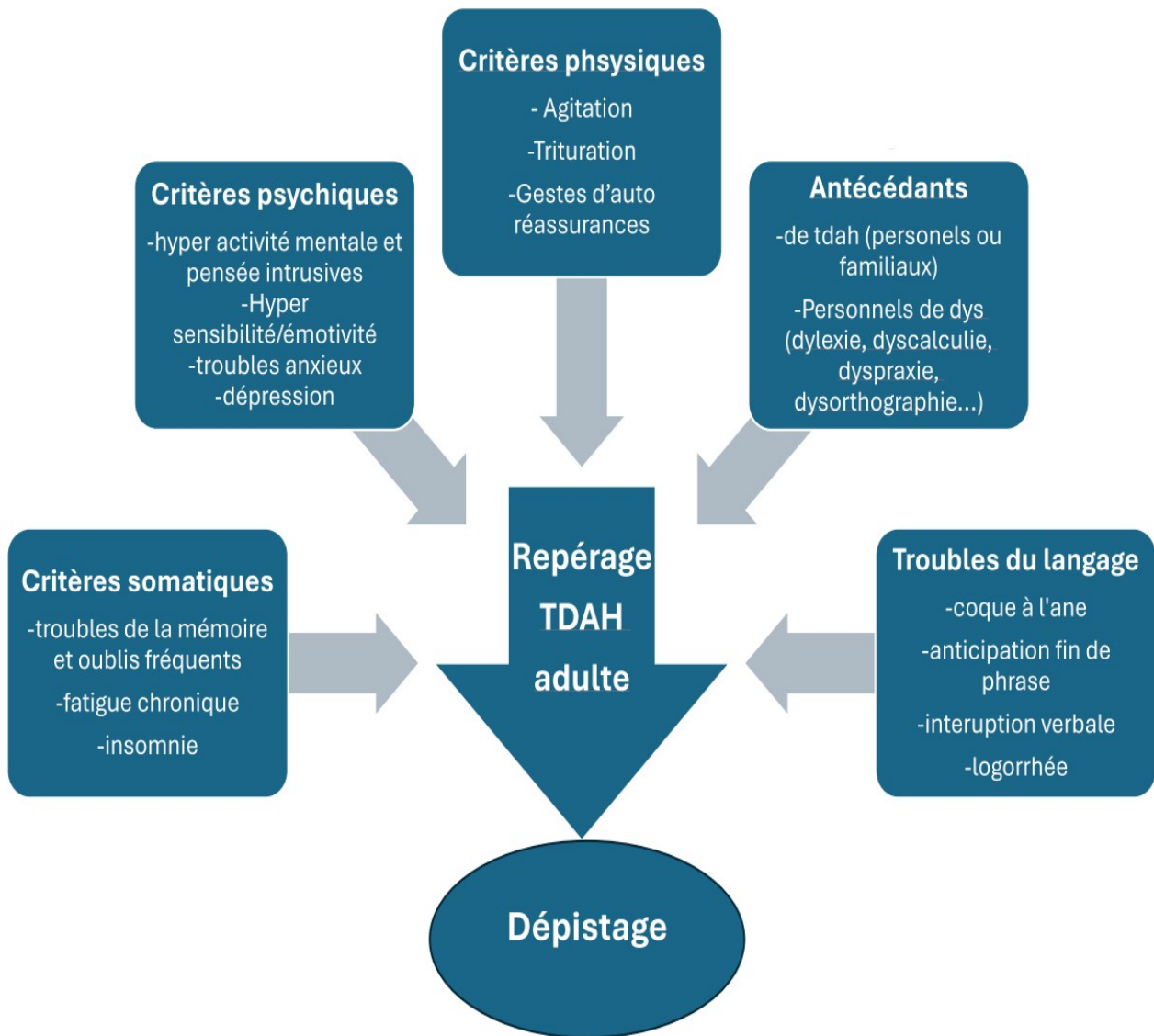


Figure n°6 : Arborescence pour le repérage du TDAH de l'adulte en soins primier

Reste à déterminer quels éléments de repérage ou combien d'éléments sont nécessaires ou suffisants pour le repérage ? Ceci dépend de la sensibilité et de la spécificité de chaque critère. Par exemple, un antécédent personnel de TDAH dans l'enfance est beaucoup plus spécifique qu'une fatigue chronique. La présence d'une hyper activité mentale est elle plus sensible que la logorrhée. Ainsi, il convient de prendre en compte la nature des critères de repérage mais également leur intensité et leur nombre pour affirmer le repérage. Cependant, au regard de la balance bénéfice risque et des conséquences engendrées le repérage par excès semble nettement plus souhaitable.

En ce qui concerne la phase de dépistage, de nombreux questionnaires sont disponibles. L'ASRS (annexe 7) est particulièrement adapté en soins primiers.

V. Conclusion

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble du neuro-développement. Il se traduit – tant chez les enfants que les adultes – par des niveaux élevés d'inattention, d'agitation et d'impulsivité, sources d'un handicap cognitif et social parfois sévère et persistant. Ce trouble reste encore sous diagnostiqué chez l'adulte notamment en France. La HAS l'explique en partie par un manque de connaissance de la part des professionnels de santé, peu formés à ce sujet. Si le diagnostic du TDAH demande une connaissance approfondie de ce trouble et se réserve à certaines spécialités comme la neurologie et la psychiatrie, le repérage doit se faire en population générale s'adressant donc en priorité aux médecins en soins premiers. Le repérage est le point de départ de la démarche médicale qui mène au diagnostic. Pourtant, il n'existe pas à ce jour de recommandations claires pour le repérage du TDAH de l'adulte. Le repérage est rendu difficile par la coexistence de symptômes à la fois psychiques et somatiques comme l'insomnie ou des difficultés mnésiques, fréquemment rencontrées en médecine générale. La difficulté du repérage prive des adultes TDAH d'une prise en charge adaptée alors que des soins médicaux efficaces existent. L'accompagnement thérapeutique de ces adultes peut apporter une amélioration significative des symptômes et une amélioration de leur qualité de vie.

L'objectif de ce travail de recherche était de définir les critères du repérage en soins premiers. Ainsi, grâce à la collaboration d'experts soignants et de patients nous sommes parvenus à établir un consensus de critères pratiques et adaptés pour le repérage de l'adulte TDAH en soins premiers. Ces critères rationnels et cohérents avec la littérature simplifient le repérage du TDAH en l'affranchissant d'une maîtrise pré requise. Les résultats ont été organisés sous la forme d'une arborescence pour plus de lisibilité. Il serait intéressant de définir le nombre de ces critères à respecter et la prédominance de certains en vue d'affiner le repérage des adultes TDAH. Ceci pourrait faire l'objet d'un autre travail de recherche.

Lu et Approuvé
Toulouse le 16/12/2024
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le 17/12/2024

Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Département de Médecine, Maléutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



VI. Sources bibliographiques:

1. Santé publique France : Etude nationale sur le bien-être des enfants de 6 à 11 ans en France métropolitaine. Enabee. [en ligne] 2023.<file:///C:/Users/alfre/Downloads/2023_LPS_enabee_corr.pdf> (consulté le 15/11/2024)
2. American psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington DC: American psychiatric publishing. ADHD: attention deficit hyperactivity disorder. 2013.
3. John Fayyad ; Nancy A Sampson ; Irving Hwang (et al.) The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Atten Defic Hyperact Disord . [en ligne] 2017. 9(1):47-65 <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27866355/>> (consulté le 15/11/24)
4. G.V. Polanczyk ; E.G. Willcutt ; G.A. Salum ; (et al.) ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis . Int J Epidemiol . 2014 . 43 : 434--442
5. HAS les bonnes pratiques : Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Repérage, diagnostic et prise en charge des adultes [en ligne] 2021 <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/pre_mel_reco450_tdah_adulte_cadrage.pdf> (consulté le 15/11/24)
6. P. Jennum, L.H. Hastrup, R. Ibsen, (et al.) Welfare consequences for people diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A matched nationwide study in Denmark Eur Neuropsychopharmacol . 2020 . 37 : 29--38
7. Stephen V Faraone ; Tobias Banaschewski ; David Coghill (et al.) ;The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder . Neuroscience & Biobehavioral Reviews [en ligne].

(consulté le 14/11/2024)

- 8.** J J S Kooij ; D Bijlenga ; L Salerno; (et al.) Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. European Psychiatric association.EPA. [en ligne] 2019 ; 56 :14-34. <[Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD - ScienceDirect](#) > consulté le 05/04/2024)
- 9.** Z. Young; N. Moghaddam; A. Tickle; (et al.)The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Atten Disord. 2020 . 24: 875-888
- 10.**S. Cortese; N. Adamo; C. Del Giovane; (et al.) Comparative efficacy and tolerability of medications for attention--deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta--analysis Lancet Psychiatry. 2018. 5: 727--738
- 11.**Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. Am J Public Health. 1972 Mar; 62(3):337--42.
- 12.**Département universitaire de médecine générale Toulouse. Méthodes de Consensus : RONDES DELPHI ET GROUPES NOMINAUX PRINCIPES. Février 2019 [en ligne] <https://dumg-toulouse.fr/uploads/4ed5eea50c128f389776aed32aa278bb64bd6df8.pdf>
(consulté le 07/07/2024)
- 13.**Le Robert. Définition du mot expert. [en ligne] Edition 2024. <<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/expert>>(consulté le 07/07/2024)
- 14.**Kooij JJS. Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment. 3rd ed. London: Springer-Verlag; 2013 ; 25-42

- 15.** Stephen V Faraone ; Roy H Perlis ; Alysa E Doyle, (et al.) Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. [en ligne] 2005 ; 57(11) : 1313-23 <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15950004/>> (consulté le 05/04/2024)
- 16.** Ronald C Kessler ; Lenard Adler ; Russell Barkley (et al.) The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States : results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*. 2006 ; 163(4) : 716-723.
- 17.** J Russell Ramsay, Anthony L. Rostain. *Mieux vivre avec le tdah à l'age adulte*. Presses Universite Du Quebec.Canada.2020. XII P143-151
- 18.** Diaz-Roman A, Mitchell R, Cortese S. Sleep in adults with ADHD: Systematic review and meta-analysis of subjective and objective studies. *Neurosci Biobehav*.2018 ; 89 : 61–71.
- 19.** J. Lugo ; C. Fadeuilhe ; L. Gisbert (et al.) Sleep in adults with autism spectrum disorder and attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020 ; 38 : 1-24
- 20.** Bijlenga van der Heijden ; R J Stoffelsen ; A Popma (et al.) Sleep, chronotype, and sleep hygiene in children with attention-deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, and controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*. [en ligne]. 2017 ; 27(1) : 99–111. <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5799342/>> (consulté le 07/05/2024)
- 21.** Lopez R ; Micoulaud-Franchi J-A ; Camodeca L ; (et al.) Association of Inattention, Hyperactivity, and Hypersomnolence in Two Clinic-Based Adult Cohorts. *J Atten Disord*. 2020 ; 24(4) : 555-564.
- 22.** Castellanos FX ; Proal E ; Large-scale brain systems in ADHD: beyond the

- prefrontal-striatal model. Trends Cogn Sci . 2012 ; 16(1) : 17–26.
- 23.** Gilger JW ; Pennington BF ; DeFries JC. A twin study of the etiology of comorbidity: attention-deficit hyperactivity disorder and dyslexia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry . 1992 ; 31(2) : 343-8.
- 24.** TW Frazier; HA Demaree ; EA Youngstrom . Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder . Neuropsychology. 2004 ; 18 (3) : 543-555
- 25.** Barkley RA. Why Emotional Impulsiveness Should Be a Central Feature of ADHD. ADHD Rep. 2010 ; 18(4) : 1-5.
- 26.** Surman CBH ; Biederman J ; Spencer T ; (et al.) Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. Atten Deficit Hyperact Disord . 2013 ; 5(3) : 273-81.
- 27.** Skirrow C ; Asherson P ; Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention deficit hyperactivity disorder. J Affect Disord . 2013 ; 147(3) : 80-6.
- 28.** Biederman J ; Ball SW ; Monuteaux MC ; (et al.) New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008 ; 47 : 426–34.
- 29.** Schatz DB, Rostain AL. ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. J Atten Disord . 2006 ; 10 : 141–9.
- 30.** Dumg-toulouse . Méthodes de Consensus : rondes delphi et groupes nominaux principes [en ligne]. < <https://dumg-toulouse.fr/uploads/4ed5eea50c128f389776aed32aa278bb64bd6df8.pdf>>
(Consulté le 10/11/2024)

- 31.** MG TFE . Les méthodes de consensus [En ligne]. <<http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/6-les-differentesmethodes-dinvestigation/6-5-les-methodes-du-consensus/>> (Consulté le 10/11/2024)
- 32.** Letrillar L ; Vanl-meerbeek M . A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer [en ligne] 2011 ; 99:170-7 <<https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/101916/1/Article%20Delphi.pdf>> (Consulté le 10/11/2024)
- 33.** E.G. Willcutt . The Prevalence of DSM--IV Attention--Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta--Analytic Review. Neurotherapeutics. 2012 . 9 : 490--499
- 34.** TDAH de l'adulte. grille d'auto-évaluation pour les adultes atteints du TDAH (ASRS-v1.1) [en ligne] <<https://tdahadulte.com/wp-content/uploads/2013/01/questionnaire-diagnostic-tdah.pdf> > (consulté le 14/11/2024)

Annexe n°1 Critères diagnostiques du DSM-5 pour le TDAH (34)

Il faut préciser s'il s'agit d'un TDAH de **type A1, A2 ou combiné** par la présence d'au moins 5 des 9 symptômes chez l'adulte de 17 ans et +.

Remarque : les symptômes ne sont pas uniquement la manifestation d'un comportement oppositionnel, de défiance, d'hostilité ou d'incapacité à comprendre les consignes ou les instructions.

I. (A.1) inattention: au moins 5 des 9 symptômes

- Ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs, le travail, etc. ;
- A souvent du mal à soutenir son attention lors d'activités ou au travail (p.ex, a du mal à rester concentré pendant des conférences, des conversations, etc.);
- Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ;
- Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs, ses travaux, ses corvées ou ses obligations professionnelles (p. ex, commence à travailler mais se déconcentre rapidement et s'écarte facilement du sujet).;
- A souvent du mal à organiser ses tâches ou ses activités ;
- Souvent évite, a en aversion, ou s'engage à contre coeur dans les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p.ex, préparer des rapports, remplir des formulaires, réviser de longs documents) ;
- Perd souvent les objets nécessaires à l'accomplissement de ses tâches ou de ses activités (p.ex, matériel scolaire, crayons, livres, outils, porte-monnaie, etc.);
- Se laisse facilement distraire par les éléments de son environnement ou par ses propres pensées ;
- A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p.ex, les appels téléphoniques, le paiement des factures, le respect des rendez-vous.) .

II. (A.2) hyperactivité/d'impulsivité: au moins 5 des 9 symptômes

- S'agite souvent, tape des mains ou des pieds ou se tortille sur son siège ;
- Quitte souvent son siège dans des situations où l'on s'attend à ce qu'il reste assis (p.ex, au bureau ou sur un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations qui exigent de rester en place).
- Court ou grimpe dans les situations où cela est inapproprié (sentiment de ne pas pouvoir rester en place à l'âge adulte) ;
- A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir ;
- Est souvent « en mouvement », agissant comme s'il était « monté sur ressorts» (p.ex. incapable de rester en place en classe, en réunion, est incapable de rester immobile pendant une période prolongée, par exemple au restaurant ou lors d'une réunion) ;
- Parle souvent de manière excessive ;

- Donne souvent une réponse avant la fin de la question (par exemple, complète les phrases des autres ; ne peut pas attendre son tour dans la conversation)
- A souvent du mal à attendre son tour (p.ex. dans une file d'attente) ;
- Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex. fait irruption dans les conversations ou peut s'immiscer dans ce que font les autres ou s'approprier ce qu'ils font).

A. Le début des symptômes doit se situer **avant l'âge de 12 ans**.

B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans **deux contextes ou plus** (par exemple, à la maison, à l'école ou au travail, avec des amis ou des parents, dans d'autres activités).

C. Il est clairement établi que les symptômes **perturbent** le fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

D. Les symptômes ne sont **pas mieux expliqués par un autre trouble psychiatrique** (par exemple, trouble de l'humeur, trouble anxieux) et ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique. (par exemple, la schizophrénie). De plus, les symptômes ne sont pas exclusivement une manifestation d'un comportement oppositionnel.

Si tous ces critères (A à E) sont remplis, on doit spécifier **le type de TDAH** que présente l'individu, c'est-à-dire :

- De type **inattention prédominante** si les critères **A1** (d'inattention) sont présents depuis les 6 derniers mois, mais non les critères **A2** (d'hyperactivité/impulsivité).
- De type **hyperactivité/impulsivité prédominantes** si les critères **A2** (d'hyperactivité/impulsivité) sont présents depuis les 6 derniers mois, mais non les critères **A1** (d'inattention).
- De type **mixte** si les critères **A1** (d'inattention) **et A2** (d'hyperactivité/impulsivité) sont présents depuis les 6 derniers mois.

Il convient aussi de spécifier le degré de **sévérité** :


•**Léger** : Le seuil minimal de symptômes est présent. Ils interfèrent de façon mineure avec le fonctionnement.

•**Modéré** : Un nombre modéré de symptômes sont présents (entre léger et sévère). Ils interfèrent de façon modérée avec le fonctionnement.

•**Sévère** : Presque tous les symptômes sont présents. Ils interfèrent de façon marquée et sévère avec le fonctionnement.

Annexe n°2 Interface Doodle pour choix de la date de réunion.

Réunion de travail sur le TDAH chez l'adulte.


 Vous êtes l'organisateur de l'événement du groupe.

Aperçu

Éditer

Plus ▾

Partager l'invitation

 1 heure

 Europe, Paris (GMT+2:00)

☰ Bonjour à toutes et à tous, Merci beaucoup d'avoir accepté de participer à cette étude. Nous y sommes presque, reste à choisir la date. Après avoir consulté chacun d'entre vous, il semble qu'un jour de semaine vers 19h00 soit préférable. Afin de planifier la meilleur date, je vous propose ce Doodle pour choisir celle qui vous convient le plus. Très bonne journée et à bientôt, Gilles de Chefdebien

[Afficher moins](#)

Disponibilités

oui si nécessaire ne peut pas participer en attente

	 AVR. 29 LUN. 7:00 PM - 8:00 PM 1h  6	 AVR. 30 MAR. 7:00 PM - 8:00 PM 1h  3	 MAI 1 MER. 7:00 PM - 8:00 PM 1h  9	 MAI 2 JEU. 7:00 PM - 8:00 PM 1h  4	 MAI 3 VEN. 7:00 PM - 8:00 PM 1h  4
Participants					

Annexe n°3 Support écrit de la soirée

Trame écrite lu lors de la soirée du 1er Mai 2024

1) Accueil:

Bonsoir à tous, je tiens à vous remercier personnellement pour votre participation. C'est grâce à vous et à votre aide que nous en sommes là ce soir.

- Petite présentation personnelle, justification choix du thème de la thèse

Je vais vous détailler comment va se dérouler l'heure qui va suivre. (diapo n°2)

a) Dans un premier temps, je vais vous expliquer ce qu'est le repérage et en quoi est ce qu'il s'agit d'un enjeu fondamental dans le TDAH de l'adulte.

b) Je vais vous présenter l'objectif du travail de ce soir.

c) Ensuite, je vais vous préciser le protocole que nous allons suivre pour répondre à cet objectif.

d) Enfin, une fois que tous sera bien clair, nous passerons à la pratique et donc à la réalisation de cette étude, la partie expérimentale.

2) Introduction

L'idée de ce soir est de travailler ensemble sur le repérage du TDAH chez l'adulte afin d'améliorer celui-ci. L'objectif est d'arriver à un consensus, un accord, pour permettre aux soignants ou autres acteurs de soins de mieux repérer les adultes ayant un TDAH. Pour y parvenir, nous allons utiliser une méthode de recherche par groupe nominal. C'est une méthode simple que je vous détaillerai ensuite.

Vous êtes ici ce soir car vous êtes chacun des experts du TDAH chez l'adulte. Comme vous le savez, les adultes présentant un YDAH l'apprennent malheureusement souvent trop tard ou même jamais. Ceci est la conséquence directe d'un manque de diagnostic. (diapo n°3)

Dans le cadre du TDAH, il n'y a pas de dépistage systématique. Comme on repère peu, on dépiste peu et donc on diagnostique peu.

En effet, le repérage entraîne le dépistage qui entraîne le diagnostic.

Dans le cadre du TDAH, On ne dépiste donc le TDAH que chez les personnes considérées à haut risque. Le repérage est le processus qui vise à reconnaître les signes d'alertes évocateur de tdah. Autrement dit, le repérage consiste à pressentir le TDAH chez une personne donnée au regard des éléments en faveur. Finalement, repérer le TDAH chez un adulte revient à suspecter celui-ci grâce à la présence de critères remarquables chez cet adulte. Actuellement il n'existe pas de critères clairement définis pour repérer un adulte avec TDAH. Le repérage est pour le moment assez subjectif d'où l'intérêt de ce travail.

3) Objectif de la thèse

Or le but de ma thèse est là. Il s'agit de répondre à cette problématique : Comment repérer le TDAH chez l'adulte en soins premiers. C'est-à-dire en premier recours, d'entrée de jeu. Lorsqu'on rencontre une personne pour la première fois, quel indice doivent nous faire penser à ce diagnostic. Cela revient à se demander dans quelles circonstances, le TDAH doit être évoqué chez un adulte. Pour imaginer la chose de façon pragmatique, cela revient à rédiger une liste de critères objectifs qui doivent amener au dépistage du patient si le patient remplit ces considérations. Le but de notre travail de ce soir est d'arriver à la rédaction de cette liste. Notre objectif est de réaliser un consensus, un accord pour réunir la dizaine de critères principaux et objectifs qui doivent évoquer le TDAH lorsqu'on les retrouve chez un adulte.

Pour cela, pour trouver ces différents critères, nous allons réaliser une étude par groupe nominal. Je vais vous expliquer comment celle-ci va se dérouler. Vous allez voir, c'est facile. Mais tout d'abord, est-ce que vous avez bien compris l'objectif de la thèse et ce qu'est le repérage ?

4) Explication de la méthode de recherche : diapo n°4

Dans un premier temps, je vais vous lire un scénario que vous devrez imaginer et vous approprier. Vous aurez les yeux fermés afin de mieux vous représenter le contexte. A la suite de cette mise en scène, je vais vous formuler la problématique.

Une fois la problématique formulée, ce sera à vous de répondre en énonçant vos différentes réponses par écrit. Sur papier ou ordinateur. Vous avez 21 minutes pour cela. Soyez le plus fécond possible. Le but est de noter toutes les idées que cela vous évoque. Je compte sur votre originalité et créativité. Je vous ferai un rappel toutes les 7 minutes lors de l'exercice. Une fois la partie de réflexion et rédaction terminée, on passera à la deuxième étape dite d'énonciation. C'est-à-dire que chacun à votre tour, vous allez m'énumérer une réponse à tour de rôle. Je vais l'inscrire au tableau, en les regroupant par thématique commune. Il y aura autant de tours de table qu'il y a d'opinions à exprimer. Chaque proposition sera notée sur un tableau de recueil des données visible par tous.

Enfin, dernière étape, ce sera la reformulation. Je relirai les propositions et le groupe devra s'accorder sur la signification de chacune d'entre elles. Clarifier les réponses qui en ont besoin. L'échange a pour but d'éclaircir le sens et la logique des réponses qui en auraient besoin et éventuellement de regrouper les propositions ayant un sens commun. Éviter les doublons. Lorsque ce travail sera terminé, la séance sera terminée. De mon côté, je vais alors lister toutes vos réponses, et dans la semaine, certainement demain, je vous les soumettrai via Google Forms afin que vous classiez les 10 propositions que vous jugez les plus intéressantes pour le repérage. Le résultat des votes permettra de hiérarchiser les réponses les plus pertinentes. Ainsi, grâce à vous et au travail de ce soir, nous saurons mieux comment repérer les adultes TDAH.

Est-ce que c'est clair ? Vous êtes prêts ?

5) Début de l'épreuve et Scénario de mise en situation

Je vous laisse fermer les yeux et vous figurer la scène. Vous recevez un patient. Il s'agit d'un homme ou d'une femme d'une quarantaine d'années. Vous le rencontrez pour la première fois. Vous l'accueillez dans votre bureau et vous commencez la consultation. Vous lui demandez de se présenter. Tout en l'écoutant, vous êtes attentif à sa posture, son attitude, son caractère. Vous lui demandez ses antécédents médicaux, chirurgicaux, personnels et familiaux. Vous lui demandez s'il fume ou présente d'autres addictions. Vous l'interrogez sur son parcours scolaire, ses études, son parcours professionnel. Vous lui demandez ce qu'il fait dans la vie, son mode de vie, ses loisirs, ses habitudes. Vous lui demandez s'il a des plaintes, physiques ou psychiques. Vous l'interrogez sur sa situation sociale, familiale voire maritale. Vous continuez l'interrogatoire avec vos questions. A l'issue de cet entretien, votre patient s'est livré et vous a exposé ses difficultés. Certaines réponses, observations ou attitudes ont retenu votre attention. En effet, vous suspectez chez lui un TDAH. Comment avez-vous repéré ce TDAH ? Pouvez vous noter tous les arguments qui vous y ont fait penser ? C'est à vous. Vous avez le temps. Vous avez 21 minutes.

Phrase de relance :

Il vous reste encore 14 (puis 7) minutes, rappelez-vous que vous êtes dans votre cabinet, vous voyez cette homme ou cette femme qui exprime ses difficultés. Quels éléments vous font repérer un TDAH ? quels éléments vous évoquent ce diagnostic ?

Catégories suggérées (lors du rappel) :

- ➔ Attitude/gestuelle/façon de s'exprimer/verbale et non verbale
- ➔ Antécédents personnels et Familiaux, médicaux/chirurgicaux/ maladies en cours.
- ➔ Situation Sociale/familiale/maritale.
- ➔ Parcours scolaire/difficultés/étude/parcours professionnel
- ➔ Mode de vie/Éveil/sommeil/habitudes/
- ➔ Personnalité/ passion/addictions
- ➔ Plaintes somatiques/difficultés physiques/psychologiques
- ➔ et tout ce que vous jugez utile.

Fin de la partie de rédaction et réflexion.

6) Enumération et carification

Je vais vous demander d'énumérer une de vos réponses, tour à tour. Ainsi de suite jusqu'à la dernière réponse.

Je vais les inscrire sur ce tableau puis quand il ne restera plus de réponse, nous les détaillerons et reformulerons si besoin.

7) Conclusion :

Un immense merci à chacun d'entre vous. J'espère que ça n'a pas été trop long. Je vais lister toutes vos réponses et je vous les enverrai par Google forme pour que vous puissiez les noter. Parmi toutes les réponses il vous faudra sélectionner les 10 plus pertinentes. Parmi ces 10 plus pertinentes, je vous demanderai de hiérarchiser les réponses de la plus pertinente à la moins pertinente . Une fois que j'aurais les votes de chacun, je reviendrais vers vous pour vous présenter les résultats définitifs.

Encore merci et très bonne soirée !

Annexe n°4 Tableau des propositions originales

Attitude/geste Il/le/façon de s'exprimer/ verbale / non verbale	ATD médicaux/ chirurgicaux/mal adies en cours/ ATD familiaux	Situation Sociale/familiale /maritale	Mode de Vie/Rythme/Ev eil/Sommeil/ha bitudes	Plaines somatiques/ Difficultés physiques/ps ychologiques	Professionnel/ét udes/parcoure scolaire	Personnalité/c entre d'intérêts/pass ion	Addictions	Autre
Agitation verbale ou physique.	A des enfants TDAH	Atypie personnelle (histoire)	Trouble du sommeil	Dépression	Instabilité organisationnel e.	Pratiques à risques et mise en danger	Achat compulsif	Distractibili té.
Fidgeting.	Troubles neuro devel : dys... en général	Difficultés attentionnelles en conversation lors de stimulus externe	Difficultés pour se reposer	Burn out	Sur- organisation Tendance à tout noter.	Touche à tout, curieux, sans rien approfondir	addiction (cannabis, écran, sucre, sport)	Parasitage intellectuel
Geste d'auto réassurance/ d'auto stimulation (stiming)	Evocation du tdah dans l'enfance,	Fatiguabilité sociale.	Activité nocturne importante	TCA	Travail dans l'urgence.	Passion volatil	Usage de psychostim ulant avec effet paradoxal (cocaïne)	Hyperactivi té mentale
Instabilité motrice	Plusieurs accidents avec polytraumatisme Blessures fréquentes	Oublis/trouble de la mémoire avec retentissement sociale.	Fatigue	Plainte mnésique	Oublis matériel, temporels (rdv)	Centres d'intérêts multiples et succésifs.	Avec ou sans produit	difficultés pour conduire automobile
Passer du coque à l'ame, sans transitions		Plainte de l'entourage		Mesestime de soi (plainte /auto dérision)	Atypie / instabilité professionnel.	Besoin de découvrir/explo rer	Addiction au travail	Difficultés pour accepter les contraintes /l'autorité
cherche ses mots		Incompréhension avec son		Anxiété	Interruption scolaire	Difficulté pour tenir une	Besoin de faire du	Très en retard ou

		entourage			Retour à 0 professionnel	routine (taches ménagères)	sport	très en avance.
Logorrhéique		Oublis dates anniversaires		Hypersensibilité/hyperémotivité/hyper sensorialité	Instabilité économique	Hyper focalisation	Consommation importante de boissons énergétiques	Se tromper d'adresse
anticipe la fin des questions		Coup de foudre amoureux/amical			Procrastination Difficulté d'organisation	Toujours en train de courir.		Décision impulsives irréflechies
		Prosopagnosie			peu mieux faire/manque attention / distrait, notes inégales	Gout de l'évasion, du voyage		intérêt pour la diététique
					Harcelement scolaire ou rejet	Pratique de la méditation/relaxation		aggravation des symptômes du tdah par les regles.
					Difficultés pour suivre les consignes.	Souci du détail.		
					Difficultés à répondre précisément aux questions, du premier coup.			

Annexe n°5 Reformulation des propositions

Aspect physique:

- Agitation physique.
- Fidgeting.
- Gestes d'auto réassurance / d'auto stimulation (stimming)
- Instabilité motrice

Hyper activité physique: Agitation, trituration (fidgeting) gestes d'auto réassurance (stimming)

Discour stréréotypé

- Passer du coq à l'âne
- Logorrhéique
- Cherche ses mots.
- Finit les phrases, anticipe la fin des questions.

*Passage du coq à l'âne et réponse anticipée des fins de phrases.
Logorrhée et réponses inappropriées fréquentes.*

Antécédents de TDAH

- A des enfant TDAH ou suspicion de TDAH dans l'enfance

Antécédent personnel ou familial de tdah (ses enfants)

Troubles du neurodéveloppement

- Dys en général

Trouble des apprentissages avec présence de dys dans l'enfance/à l'âge adulte

Comorbidités psychiatriques

- Dépression
- Burn out
- TCA
- Mésestime de soi (plainte /auto dérision)
- Anxiété

*Comorbidité psychiatrique : antécédent de Trouble anxieux, dépression
Antécédent de trouble du comportement alimentaire*

Sens et émotions

- Hypersensibilité/hyper émotionnalité/hyper sensorialité

Profil avec hyper sensibilité/hyper sensorialité/ hyper émotionnalité

Addiction et impulsivité

- Consommation importante de boisson énergétiques
- (cannabis, écran, sucre, sport)
- Usage de psychostimulants avec effet paradoxal (cocaïne)
- Achats compulsifs
- Décisions impulsives irréfléchies

addiction avec ou sans produit : sport, écran, cannabis, achats compulsifs...

Aspect climatérique

- aggravation des symptômes du tdah par les règles.

Symptômes hormonaux exacerbés en période de règles.

Trouble de l'attention

- Difficultés attentionnelles en conversation lors de stimuli externes
- Fatiguabilité sociale.
- Distractibilité
- Parasitage intellectuel
- Hyperactivité mentale

Hyper activité mentale avec parasitage intellectuel incessant.

Difficultés attentionnelles/distractibilités rapportés par l'entourage.

Hyper focalisation

- Hyper focalisation
- Souci du détail.

Hyper focalisation et soucis du détail.

Mise en Danger et conduite à risque

- difficultés pour conduite automobile
- Plusieurs accidents avec polytraumatisme
- Blessures fréquentes
- Pratiques à risque

- Maladresses

Pratique à risque et mise en danger fréquente : poly traumatisme, IST, Accidents de la route...

Aspect Social et retentissements

- Oublis/troubles de la mémoire avec retentissement social.
- Plainte de l'entourage
- Incompréhension avec son entourage
- Coup de foudre amoureux/amical
- Décisions impulsives irréfléchies
- Atypie

Difficultés relationnelles avec conflits intra familiaux, professionnels et sociaux

Rythme cicardien

- Trouble du sommeil
- Difficultés pour se reposer
- Fatigue
- Consommation importante de boissons énergétiques
- Activité nocturne importante

Fatigue, trouble du sommeil, difficultés pour se reposer et consommation très importante de boisson énergétique.

Aspect Mnésique

- Plainte mnésique,
- Oublis matériels, temporels (rdv)
- Oublis dates anniversaires
- Prosopagnosie

Plaintes mnésiques avec oublis récurrents (rendez vous, materiel ect).

Organisation et procédé de contournement

- Instabilité organisationnelle.
- Procrastination
- Difficulté pour tenir une routine
- Sur-organisation
- Tendance à tout noter
- Travail dans l'urgence.
- Toujours en train de courir
- Très en retard ou très en avance.
- Se tromper d'adresse

Instabilité organisationnelle avec procrastination, retards/absences et travail dans l'urgence.

Instabilité générale avec course contre la montre permanente.

Hyper-organisation voire rigidité avec prise de notes systématique

Parcour scolaire et professionnel

- Instabilité professionnelle
- Interruption scolaire
- Retour à 0 professionnel
- Echec professionnel / scolaire
- Peut mieux faire/ manque d'attention / distrait, notes inégales
- Difficultés à répondre précisément aux questions, du premier coup.
- Difficultés pour suivre les consignes.
- Harcèlement scolaire ou rejet
- Profil atypique

Parcours scolaire/professionnel difficile parsemé d'échecs, réorientation et Burn-out.

Profil atypique, avec antécédents de rejet/harcèlement.

Difficultés du respect des consignes et besoin de réexplication fréquent.

Rejet de l'autorité

- Difficultés pour accepter les contraintes / l'autorité

Difficultés avec l'autorité et problèmes judiciaires.

Curiosité et légèreté

- Passion volatile
- Goût de l'évasion, du voyage
- Touche à tout, curieux, sans rien approfondir
- Centres d'intérêt multiples et successifs
- Intérêt pour la diététique

Touche à tout avec passions multiples et volatiles

Sport et bien être

- Besoin de faire du sport
- Pratique de la méditation/relaxation

Besoin de se défouler, de faire du sport ou de la méditation/relaxation

Précarité

- Précarité
- Instabilité économique

Précarité et instabilité économique

Annexe n°6 Résultat définitif des votes par proposition.

Expert n° Proposition n°	n°1	n°2	n°3	n°4	n°5	n°6	n°7	total	classement
1	10	0	5	9	8	10	6	48	1
2	8	0	0	5	4	8	0	25	7
3	0	1	2	0	3	9	0	15	10
4	0	0	0	2	0	0	0	2	18
5	7	0	10	0	10	7	10	44	2
6	6	5	7	0	0	0	0	18	9
7	0	3	0	0	0	0	0	3	17
8	2	10	9	4	0	0	1	26	6
9	1	4	4	0	0	1	4	14	11
10	0	0	0	1	0	0	0	1	19
11	0	7	8	6	9	5	8	43	3
12	0	2	0	0	2	6	2	12	12
13	0	9	1	0	5	4	5	24	8
14	0	0	0	0	0	2	0	2	18
15	0	0	0	0	0	0	0	0	20
16	0	0	0	3	0	0	0	3	17
17	3	6	6	7	0	0	7	29	5
18	9	0	0	10	6	0	9	34	4
19	0	0	0	0	7	0	0	7	15
20	5	0	0	0	0	3	3	11	13
21	0	0	0	0	1	0	0	1	19
22	0	0	0	8	0	0	0	8	14
23	0	8	3	0	0	0	0	11	13
24	0	0	0	0	0	0	0	0	20
25	4	0	0	0	0	0	0	4	16
26	0	0	0	0	0	0	0	0	20
27	0	0	0	0	0	0	0	0	20
Total	55	55	55	55	55	55	55	385	20

Propositions classées par ordre de priorité	Score total	Score moyenné sur 10
1. Hyper activité physique: Agitation, trituration (fidgeting) gestes d'auto réassurance (stimming)	48	6,86
2. Antécédent personnel ou familial de TDAH (ses enfants)	44	6,29
3. Hyper activité mentale avec parasitage intellectuel incessant	43	6,14
4. Plaintes mnésiques avec oublis (rendez vous, matériel ect) récurrents.	34	4,86
5. Fatigue, trouble du sommeil, difficultés pour se reposer et consommation très importante de boisson énergétique.	29	4,14
6. Profil avec hyper sensibilité/hyper sensorialité/ hyper émotionnalité	26	3,71
7. Communication stéréotypée avec passage du coq à l'âne et réponse anticipée des fins de phrases.	25	3,57
8. Trouble des apprentissages avec présence de dys dans l'enfance/à l'âge adulte	24	3,43
9. Comorbidité psychiatrique : antécédent de Trouble anxieux, dépression	18	2,57
10. Logorrhée et réponses inappropriées fréquentes.	15	2,14
11. Addiction avec ou sans produit : sport, écran, cannabis, achats compulsifs...	14	2
12. Difficultés attentionnelles/distractibilité rapportées par l'entourage.	12	1,71
13. Hyper-organisation voire rigidité avec prise de notes systématique	11	1,57
14. Hyper focalisation et souci du détail.	11	1,57
15. Parcours scolaire/professionnel difficile parsemé d'échecs, réorientation et Burn-out.	8	1,14
16. Instabilité organisationnelle avec procrastination, retards/absences et travail dans l'urgence.	7	1
17. Touche à tout avec passions multiples et volatiles	4	0,57
18. Antécédent de trouble du comportement alimentaire	3	0,43
19. Profil atypique, avec antécédents de rejet/harcèlement.	3	0,43

20. Difficultés du respect des consignes et besoin de réexplication fréquent.	2	0,29
21. Pratique à risque et mise en danger fréquente : poly traumatisme, IST, Accidents de la route...	2	0,29
22. Symptômes hormonaux exacerbés en période de règles.	1	0,14
23. Instabilité générale avec course contre la montre permanente.	1	0,14
24. Difficultés relationnelles avec conflits intra familiaux, professionnels et sociaux	0	0
25. Difficultés avec l'autorité et problèmes judiciaires	0	0
26. Besoin de se défouler, de faire du sport ou de la méditation/relaxation	0	0
27. Précarité et instabilité économique	0	0

Annexe 7: Dépistage du TDAH de l'adulte par l'ASRS 1.1

Instructions pour l'utilisation de la liste des symptômes et de la grille d'auto-évaluation pour les adultes atteints du TDAH (ASRS-v1.1)

Les questions que vous trouverez dans les pages suivantes ont été formulées pour vous permettre d'alimenter la conversation avec votre patient. Ces questions vous aideront à déterminer si votre patient présente des symptômes du trouble déficitaire de l'attention (TDAH).

Description : La liste des symptômes est un outil pratique, qui présente les dix-huit critères inscrits dans le DSM-IV-TR. Parmi les dix-huit questions posées, six sont considérées comme étant les plus représentatives des symptômes associés au TDAH. Ces six questions, dans la partie A du questionnaire, constituent l'élément fondamental lors du dépistage effectué avec la ASRS v1.1. La partie B comporte les douze questions restantes.

Instructions :

Symptômes

1. Demandez au patient de compléter les parties A et B du questionnaire en faisant un 'X' dans la case qui correspond le plus à la fréquence à laquelle reviennent chacun des symptômes énoncés.
2. Calculez les résultats de la partie A. Si vous comptez quatre 'X' ou plus dans les cases ombragées, cela indiquera que votre patient présente des symptômes correspondant grandement à ceux des adultes atteints du TDAH. Il sera alors nécessaire d'effectuer une investigation plus approfondie.
3. Les résultats de la partie B vous fourniront des indices additionnels pour évaluer les symptômes du patient. Veuillez porter une attention particulière aux 'X' apparaissant dans les cases ombragées. La fréquence de certaines réponses pourra être très représentative. Toutefois, les réponses à ces douze questions ne seront pas utilisées pour poser un diagnostic. En effet, il a été démontré que les réponses aux six questions de la partie A sont les plus représentatives pour poser un diagnostic dans un cas de TDAH et qu'elles constituent le meilleur outil pour vous permettre de dépister ce trouble.

Déficiences

1. Passez en revue la liste des symptômes avec votre patient. Évaluez par la suite la gravité de chacun des symptômes.
2. Prenez en considération les environnements de travail/scolaire, social et familial.
3. La fréquence des symptômes est souvent représentative de la gravité du trouble. La liste des symptômes pourra également vous aider à évaluer les déficiences dont souffre votre patient. Si votre patient présente certains symptômes qui reviennent régulièrement, vous pourrez lui demander de vous décrire comment ces problèmes entrent en conflit avec son travail, avec les tâches qu'il doit à faire à la maison, ou comment ses relations avec le conjoint ou les proches en sont affectées.

Antécédents

1. Tentez de déterminer s'il y a eu présence de tels symptômes ou de symptômes similaires au cours de l'enfance de votre patient. Les adultes atteints du TDAH n'ont pas nécessairement été diagnostiqués comme étant atteints du TDAH étant enfant. Tout en évaluant les antécédents du patient, restez attentif. Il se peut que votre patient vous parle de problèmes récents ou récurrents d'attention ou de maîtrise de soi. Plusieurs symptômes significatifs se pointent généralement durant l'enfance. Toutefois, il n'est pas nécessaire d'effectuer une symptomatologie complète.

Grille d'auto-évaluation des symptômes pour les adultes atteints du TDAH (ASRS-v1.1)

Nom du Patient	Date d'aujourd'hui				
<p>Veillez répondre aux questions ci-dessous. Chacune d'elle correspond à un critère particulier. Vous devrez y répondre en vous basant sur l'échelle qui se trouve à la droite de la page. Pour répondre, faites un 'X' dans la case qui correspond le plus à comment vous vous êtes senti ou conduit au cours des six derniers mois. Veuillez par la suite remettre cette liste, complétée, à votre professionnel de la santé. Vous pourrez alors en discuter avec lui lors de votre prochaine rencontre.</p>					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1. À quelle fréquence avez vous de la difficulté à finaliser un projet, une fois que le gros du travail a été effectué?					
2. À quelle fréquence avez vous de la difficulté à établir les priorités lorsque vous devez effectuer une tâche qui requiert de l'organisation?					
3. À quelle fréquence avez vous de la difficulté à vous souvenir de vos rendez vous ou de vos obligations sociales?					
4. À quelle fréquence repoussez vous ou évitez vous les tâches qui nécessitent beaucoup de concentration?					
5. À quelle fréquence ressentez-vous la bougeotte motrice de vos mains ou vos pieds lorsque vous devez rester dans une position assise pour une longue période?					
6. À quelle fréquence vous sentez vous hyperactif ou contraint lorsque vous devez accomplir des tâches, à quelle fréquence vous sentez vous comme une dynamo?					
Partie A					
7. À quelle fréquence, lorsque vous devez travailler sur un projet long et ennuyant, faites vous des fautes d'inattention?					
8. À quelle fréquence, lorsque vous devez effectuer une tâche ennuyeuse et répétitive, avez vous de la difficulté à rester concentré sur ce que vous faites?					
9. À quelle fréquence avez vous de la difficulté à rester concentré sur ce que les gens vous disent, même lorsqu'ils vous parlent directement?					
10. À quelle fréquence, à la maison ou au travail, placez vous des objets au mauvais endroit ou avez vous de la difficulté à les retrouver?					
11. À quelle fréquence êtes vous distrait par les activités et les bruits qui vous entourent?					
12. À quelle fréquence devez vous quitter des réunions ou d'autres situations au cours desquelles vous devez rester assis?					
13. À quelle fréquence vous sentez vous nerveux ou agité?					
14. À quelle fréquence, lorsque vous avez du temps pour vous, avez vous de la difficulté à décompresser ou à relaxer?					
15. À quelle fréquence monopolisez vous les gens lorsque vous vous retrouvez dans des rencontres sociales?					
16. À quelle fréquence, lorsque vous conversez avec des gens, avez vous tendance à terminer leurs phrases avant qu'ils ne puissent le faire?					
17. À quelle fréquence avez vous de la difficulté à attendre votre tour lorsque vous vous retrouvez dans une situation nécessitant d'intervenir à tour de rôle?					
18. À quelle fréquence dérangez vous les autres lorsqu'ils sont occupés?					
Partie B					

La nécessité du dépistage chez les adultes atteints du TDAH

Des recherches supposent que les symptômes du TDAH peuvent être présents à l'âge adulte, ayant un impact significatif sur les relations, le travail et la sécurité personnelle de vos patients qui en sont atteints.¹⁻⁴ Puisque ce trouble est encore plutôt inconnu, plusieurs personnes qui sont aux prises avec celui-ci ne reçoivent pas le traitement approprié. Il en résulte que ces personnes n'atteindront probablement jamais leur plein potentiel. Un des inconvénients majeurs de ce trouble est qu'il peut être difficile à diagnostiquer et ce, surtout chez les adultes.

La Grille d'auto-évaluation des symptômes pour les adultes atteints du TDAH (ASRS-v1.1) a été développée en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et le groupe de travail sur le TDAH adulte qui inclut l'équipe de psychiatres et chercheurs suivants :

- **Lenard Adler, MD**
Associate Professor of Psychiatry and Neurology
New York University Medical School
- **Ronald C. Kessler, PhD**
Professor, Department of Health Care Policy
Harvard Medical School
- **Thomas Spencer, MD**
Associate Professor of Psychiatry
Harvard Medical School

En tant que professionnel de la santé, vous pouvez utiliser la GAEA v1.1 pour vous aider à dépister le TDAH chez vos patients adultes. Les pistes que vous retirerez de ce dépistage pourront vous indiquer si un entretien plus approfondi sera nécessaire ou non. Les questions de la GAEA v1.1 sont en lien avec les critères du DSM-IV et correspondent à la manifestation des symptômes chez les adultes atteints du TDAH. Le questionnaire reflète également l'importance que le DSM-IV donne aux symptômes, aux déficiences et aux antécédents du patient pour poser un bon diagnostic.⁴

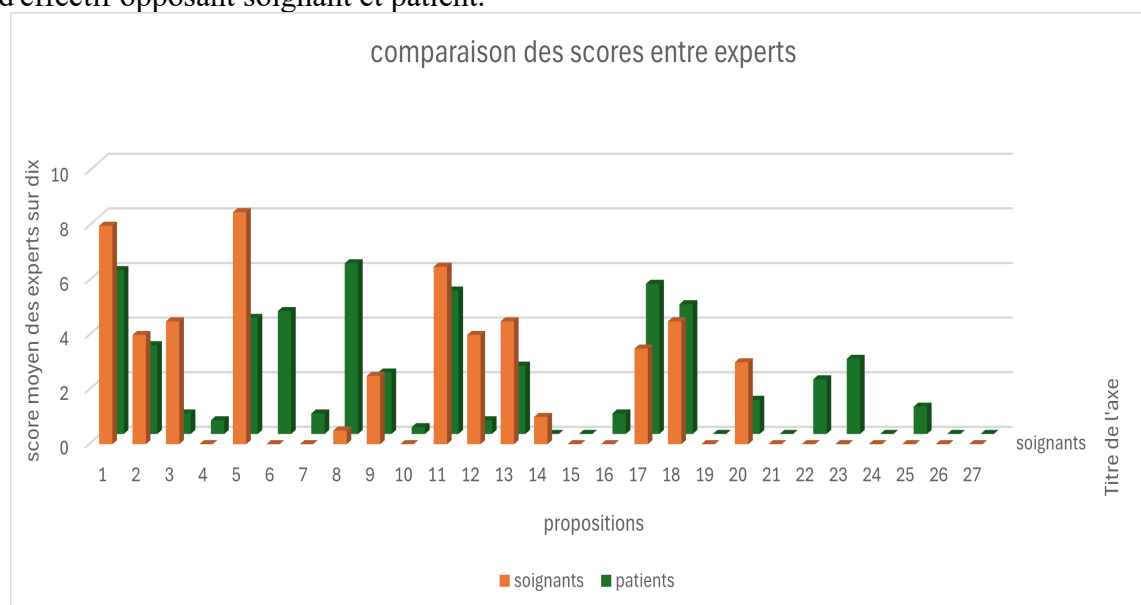
Le questionnaire prend environ 5 minutes à remplir et peut vous fournir de l'information qui sera cruciale dans le processus d'établissement du diagnostic.

Références:

1. Schweitzer JB, et al. *Med Clin North Am.* 2001;85(3):10-11, 757-777
2. Barkley RA. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment.* 2nd ed. 1998
3. Biederman J, et al. *Am J Psychiatry.* 1993;150:1792-1798
4. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision.* Washington, DC, American Psychiatric Association. 2000:85-93

Annexe n°8: Comparaison des résultats entre groupe d'expert:

Les résultats ont également été analysés en fonction des types d'experts, soignant ou patient. Leur comparaison est présentée ci dessous, tout en étant conscient du déséquilibre d'effectif opposant soignant et patient.



On constate une globale similitude des votes entre soignant et patients. On remarque néanmoins une divergence concernant la proposition n°8 "*Profil avec hyper sensibilité/hyper sensorialité/ hyper émotionnalité*" qui est nettement plus affirmée chez les patients que chez les soignants. On peut supputer que l'aspect émotif et sensoriel du TDAH est une expérience propre aux patients, difficilement perceptible par les soignants. A l'inverse, la proposition n°3 « *Logorrhée et réponses inappropriées fréquentes* » est plébiscitée par les soignants contrairement aux patients, qui ne sont peut être pas conscient de certaines difficultés à l'oral.

De la même façon, on remarque une nette prédominance de la proposition n°5 « *Trouble des apprentissages avec présence de dys dans l'enfance/à l'âge adulte* » chez les soignants par rapport aux patients. Ceci pourrait être expliqué par une banalisation de ces troubles du neuro-développement parmi les patients ou alors par un défaut de dépistage et prise en charge de ces troubles chez ces adultes TDAH?

A l'inverse, la proposition n°6, *Comorbidité psychiatrique : antécédent de Trouble anxieux, dépression* est largement retenue comme critère de repérage par les patients à l'inverse des soignants. Ceci peut être attribué à l'expérience des soignants, plus familiarisés avec les comorbidités psychiatriques.

AUTEUR : Gilles Alfred de Chefdebien

TITRE : **Le repérage de l'adulte TDAH en soins premier**

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr David Piponnier

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse le 06 Janvier 2025

Introduction : Le TDAH est un trouble du neuro-développement qui touche à la fois enfants et adultes. Il existe en France un fort sous diagnostic. La HAS l'explique par un manque de connaissances de la part des professionnels de santé. Pour parvenir au diagnostic, l'étape préliminaire correspond au repérage. Or, celui-ci n'a pas pour l'instant été codifié et reste donc subjectif, ce qui le rend moins accessible. Le but de ce travail est de définir des critères objectifs et pratiques pour le repérage du TDAH chez l'adulte par les médecins en soins premiers.

Méthodes : Une méthode de consensus par groupe nominal a été réalisée avec la participation d'experts patients et soignants.

Résultats : Un ensemble de 27 critères pragmatiques a pu être établi et classé par ordre d'intérêt.

Discussion et conclusion :

Le repérage du TDAH chez l'adulte n'est pas normé et se réserve pour le moment aux médecins expérimentés. L'objectif de ce travail est de démocratiser ce repérage en proposant des critères de repérage objectifs et adaptés aux soins premiers. Pour y parvenir, une méthode de consensus par groupe nominal a été réalisée permettant de lister ces critères. Les 10 premiers critères les plus pertinents ont été sélectionnés puis représentés sous la forme d'une arborescence pour faciliter le repérage de l'adulte TDAH en soins premiers.

Mots clefs : TDAH - Adulte - Repérage - soins premiers

Title : Identifying adults with ADHD in primary care

Introduction: ADHD is a neurodevelopmental disorder that affects both children and adults. In France, there is a high level of under-diagnosis. The HAS explains this by a lack of knowledge on the part of healthcare professionals. The preliminary step in diagnosis is identification, but this has not yet been codified and remains subjective, making it less accessible. The aim of this study is to define objective and practical criteria for the identification of ADHD in adults by primary care physicians.

Method: A nominal group consensus method was used, with the participation of patient and caregiver experts.

Results : A set of 27 pragmatic criteria was established and ranked in order of interest.

Discussion and conclusion: The identification of ADHD in adults is not standardized and is currently reserved for experienced physicians. The aim of this work is to democratize this identification by proposing objective identification criteria adapted to primary care. To achieve this, a nominal group consensus method was used to list these criteria. The top 10 most relevant criteria were selected and represented in the form of a tree structure to facilitate the identification of ADHD adults in primary care.

Key-words: ADHD - Adults - Identification - Primary care

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France