HAL
open science

Repérage du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez l'adulte en médecine générale

Émilio Zahonero

To cite this version:

Émilio Zahonero. Repérage du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez l'adulte en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02976444

HAL Id: dumas-02976444

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02976444

Submitted on 23 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2020

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Repérage du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez l'adulte en médecine générale

Par Emilio Zahonero, Né le 24 août 1990 à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le 17 septembre 2020

Président de jury :	Monsieur le Professeur Hervé LEVESQUE
Directeur de thèse :	Madame le Docteur Marianne LAINE
Membres du Jury :	Madame le Docteur Laetitia BOURDON,
	Monsieur le Docteur Emmanuel HAZARD,
	Monsieur le Docteur Jean-Baptiste ALEXANIAN.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CHB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CHB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER** *(surnombre)*	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HCN	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(disponibilité)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian **SCHWARZ**	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Hervé **TILLY** *(surnombre)*	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive

Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH**	HCN	Nutrition
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET**	HCN	Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR**	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	UFR	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS**	Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique

Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX**	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**	Virologie
M. Henri **GONDÉ**	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel **MOUHAJIR**	Parasitologie

M. Maxime **GRAND**	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**	Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Hervé LEVESQUE
Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Laetitia BOURDON,
Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Emmanuel HAZARD,
Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail en étant membre de ce jury. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean-Baptiste ALEXANIAN,
Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre expertise sans laquelle ce travail n'aurait pas été possible.

A Madame le Docteur Marianne LAINE,
D'abord pour m'avoir proposé ce travail passionnant, et de m'avoir soutenu et accompagné tout au long des recherches. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

∞

A ceux qui m'ont aidé à réaliser ce travail,

Un grand merci à mes relecteurs.

Aux bibliothécaires de la faculté,
Pour leur disponibilité.

∞

A ceux qui m'ont appris mon métier,

Aux Docteurs Philippe PLE et Didier ALCAIX, pour m'avoir soutenu et qui me permettent d'exercer avec passion mon métier, c'est un honneur de travailler à vos côtés.
Au Docteur Corinne PERAY, au Docteur Brigitte SALLE, au Docteur Marc DURAND, au Docteur Noémie LITROWSKI, qui m'ont tant appris pendant mon internat.

∞

A tous les patients que j'ai pris en charge au cours de mes études,
Merci d'avoir accepté ma présence, ma jeunesse et mon peu d'expérience.
Votre confiance est désormais un privilège immense.

A ma famille,

A mes parents, qui m'ont toujours énormément soutenu tout au long de mes études.

A mes frères,
Pour votre amour, pour tous les moments passés ensemble et à venir.

∞

A mes amis,

A Marie, pour ton amitié sans faille depuis que nous nous sommes rencontrés à notre premier stage infirmier. Il m'est impossible d'écrire en quelques mots ce qu'elle représente tant elle est forte.

A la « vitrine du Belvé » : Piou Piou, Cécile, Caroline, Anne-Sophie, Ludivine, Laure et Benjamin,
Ce fut un bonheur de partager ces six mois en votre compagnie. Vous avez fait de ces moment d'internat une époque plus que mémorable qui me manque toujours autant !

A Charles, cet incroyable ami. Merci pour ta bienveillance, ton soutien, ta grande générosité. Merci pour ton aide précieuse que tu m'as apporté dans ce travail. Grâce à nos échanges, la néphrologie et l'hématologie n'ont plus de secrets pour toi !

A Camille, Céline, Clémence, Chloé, Sarah, Quentin, Alexis, Julien, Coco, Clément, Franki … Merci pour votre soutien et de supporter l'ami que je suis.

∞

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 17

A. CONTEXTE 18
B. PLACE DE LA PSYCHIATRIE EN MEDECINE GENERALE 19

II. DEFINITION 20

A. SYMPTOMES CARDINAUX 21
B. PREVALENCE 23
C. DSM V 24

III. METHODES 28

A. STRATEGIE DE RECHERCHE 29
1. Sources 29
2. Critères d'inclusion 29
3. Critères d'exclusion 30
4. Sélection des articles 30

IV. HISTORIQUE 31

V. REPERAGE EN MEDECINE GENERALE 36

A. SUSPICION DIAGNOSTIQUE 37
B. DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES 40

VI. DISCUSSION 42

A. LIMITES 43
B. PERSPECTIVES 43

VII. CONCLUSION 45

BIBLIOGRAPHIE 47

ANNEXES 50

ANNEXE : 50

RÉSUMÉ 52

I. INTRODUCTION

A. Contexte

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental fréquent caractérisé par des symptômes inattentifs, hyperactifs et / ou impulsifs entraînant des difficultés dans plusieurs domaines de la vie quotidienne : vie familiale, amoureuse, sociale, professionnelle. Des études longitudinales montrent que les symptômes à l'âge adulte peuvent persister dans plus de 50 % des cas (1) (2).

Le TDAH de l'adulte est une entité validée et reconnue depuis plusieurs années. Plusieurs arguments participent à la validité du TDAH chez l'adulte comme la description des symptômes chez l'adulte, les comorbidités psychiatriques, le retentissement dans la vie quotidienne, l'histoire familiale du trouble, la réponse au traitement. Une étude menée en Suède a rapporté une réduction de 32% de la criminalité chez les patients TDAH lorsqu'ils recevaient un traitement médicamenteux comparé aux périodes pendant lesquelles ils n'en recevaient pas (3).

Les mécanismes étiologiques du trouble ne sont pas encore entièrement compris, mais sont probablement multifactoriels et hétérogènes, avec de nombreux facteurs de risque, notamment environnementaux, prénataux et périnataux entres autres.

Une forte composante génétique est également impliquée dans le TDAH, avec une héritabilité estimée de 70 à 80% trouvée dans une étude sur des jumeaux (4) (5).

L'intégration récente du TDAH dans les troubles neurodéveloppementaux dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-V) témoigne des travaux de ces dernières années montrant l'implication d'anomalies du réseau neuronal.

Les soins de santé primaires peuvent jouer un rôle clé dans la détection et la prise en charge des principaux problèmes de santé mentale de la population. Plusieurs auteurs considèrent que les soins de santé primaires pourraient être un lieu approprié pour une meilleure détection du TDAH et, par conséquent, pour une prise en charge des patients adultes atteints de TDAH (6).

Pourtant, le TDAH reste méconnu des médecins généralistes et son existence reste encore débattue par certains.

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux sur le repérage du TDAH chez l'adulte en médecine générale.

B. Place de la psychiatrie en médecine générale

La France est le pays où l'adressage du médecin traitant au psychiatre est le plus faible selon l'étude ESEMED menée en population générale dans 6 pays européens (7). Elle est le pays le moins bien classé en Europe en matière de santé mentale positive (9e rang sur 11 pays européens) alors que le taux de détresse psychique y est élevé (3e rang sur 11) et le taux de suicide et d'idées suicidaires est parmi les plus élevés d'Europe.

Les médecins généralistes restent le premier recours pour des problèmes en lien avec la santé mentale. Ils garantissent des soins rapides devant une pathologie mentale avérée, ce d'autant que l'accès à une consultation libérale ou en CMP demande un délai d'attente (8).

15 à 40% des personnes vues par le médecin généraliste présentent un trouble mental avéré ou une souffrance psychique isolée ou associée à un trouble somatique (9), et 75% des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques sont faites par les médecins généralistes (10) ainsi que 90 % des prescriptions d'antidépresseurs en première intention.

Malgré ces observations, les médecins généralistes bénéficient d'une formation en psychiatrie qui semble insuffisante dans leur parcours universitaire (11) (12).

II. DEFINITION

A. Symptômes cardinaux

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental qui implique classiquement une triade de symptômes : inattention, impulsivité, hyperactivité.

L'inattention prédomine chez l'adulte. Elle et indispensable pour poser le diagnostic. Elle se caractérise par une distractibilité, des « fautes d'inattention », des oublis fréquents, une procrastination.

Ces éléments retentissent dans la vie personnelle et professionnelle.

Le patient TDAH va par exemple s'investir avec enthousiasme dans un projet professionnel, mais la réalisation de tâches complexes nécessitant une attention soutenue est difficile. Il va plus vite se désintéresser, s'ennuyer, particulièrement devant des tâches répétitives et monotones.

En revanche, les tâches « intéressantes » sont moins impactées, et le patient TDAH peut y passer plusieurs heures consécutives.

Il a également plus de difficultés pour la lecture, celle-ci nécessitant une attention soutenue, l'obligeant à lire et relire régulièrement les mêmes pages.

L'impulsivité et l'hyperactivité sont présentes à la fois sur le plan mental et le plan moteur.

L'impulsivité va se caractériser au travers de situations de la vie quotidienne qui paraissent insupportables comme : une file d'attente, des ralentissements / bouchons de la circulation. Elle se voit également dans la prise de décision, qui peut se traduire sous la forme d'achats compulsifs, et de changement de métier, ou de relation affective.

L'hyperactivité se caractérise typiquement par l'absence de repos des mains ou des pieds. Elle se voit également dans le choix et le nombre d'activités non sédentaires, personnelles ou professionnelles. La symptomatologie « motrice » est plus bruyante chez l'enfant. Chez l'adulte l'hyperactivité persiste le plus souvent sous des formes différentes, « intériorisées ». Le patient décrit des pensées continues, l'empêchant de mettre son esprit au repos.

Le DSM considère comme symptômes cardinaux seulement 2 dimensions : inattention et hyperactivité/impulsivité. La dimension émotionnelle est présente mais seulement dans les symptômes associés.

Le terme de dysrégulation émotionnelle correspond également selon les auteurs aux termes : labilité émotionnelle (*emotional lability*), impulsivité émotionnelle (*emotional impulsiveness*), ou émotionnalité.

Barkley (13) différencie l'impulsivité émotionnelle du DESR (*deficient emotional self-regulation*) qu'il qualifie de composante. L'impulsivité émotionnelle correspond aux situations d'humeur irritable, d'intolérance à la frustration, d'impatience, de colère, de tempérament explosif, d'énervement fréquent, découlant de l'incapacité à inhiber un comportement inapproprié associé à une forte émotion, positive ou négative.

D'autres éléments de la régulation émotionnelle peuvent être touchés comme garder son calme après une excitation émotionnelle par un stimulus extérieur, recentrer son attention, organiser une action coordonnée dans un but extérieur, et caractérisent le DESR, selon Barkley.

Barkley milite pour l'intégration de cette symptomatologie dans les symptômes cardinaux du TDAH. Il annonce plusieurs arguments : l'histoire de la pathologie antérieurement décrite avec une dimension émotionnelle décrite constamment, la neurophysiologie et la neuroanatomie : réseau préfrontal impliqué en imagerie fonctionnelle, la fréquence de la symptomatologie chez les patients TDAH, et l'inclure expliquerait mieux certaines comorbidités notamment le trouble oppositionnel avec provocation (TOP).

Surman et al (14) publient en 2013 une étude menée avec l'hypothèse que les symptômes du DESR seraient plus présents chez les patients TDAH et que leur présence serait associée à plus de comorbidités. Dans cette étude, les symptômes de DESR ont été définis par un questionnaire à 8 items.

Ces 8 items ont été proposés par Barkley et correspondent aux symptômes d'impulsivité émotionnelle et de DESR :

- 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

Ce score DESR était associé à des symptômes TDAH plus sévères. Les patients TDAH avec un score DESR élevé présentaient une moins bonne qualité de vie (14) (15), une mauvaise adaptation sociale, moins de mariages, plus de divorces, et plus d'accidents de la route 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.

Barkley et Fischer (16) mettent évidence une association significative entre dysrégulation émotionnelle et conséquences professionnelles chez des enfants suivis jusqu'à l'âge adulte.

Cette association entre TDAH et DESR est importante à souligner, impliquant des thérapeutiques à proposer, qu'elles soient médicamenteuses ou médico-psychologiques.

La dysrégulation émotionnelle semble prendre une place importante dans le TDAH, et semble moins étudiée que les autres composantes. Barkley est favorable à ce que la dysrégulation émotionnelle reprenne une place centrale qu'elle a perdue lors de la Mise en place du DSM II. Il argumente notamment en soutenant l'hypothèse neuropsychologique associée à la neuroanatomie, et à la régulation émotionnelle de haut en bas (Top-Down) allant des zones corticales aux sous corticales.

Cependant, Surman et al, en 2015, (17) n'ont pas retrouvé de tests neuropsychologiques permettant de discriminer les patients TDAH sans et avec DESR, suggérant que les fonctions exécutives ne participent pas au DESR.

B. Prévalence

Fayyad et al (18) présentent en 2007 les résultats recueillis dans 10 pays. La France montre la plus forte prévalence avec un chiffre à 7,3%.

La prévalence de la persistance du TDAH chez l'adulte diffère selon les méthodes utilisées : de 4 à 77% (2). Les méthodes diffèrent dans le recueil des informations : patient lui-même ou entourage, en entretien ou échelle de score. Lorsque seul le patient est interrogé le taux de persistance est plus faible, puisque le patient TDAH a tendance à sous-estimer inconsciemment les symptômes. On notera l'exemple d'une étude du Milwaukee qui montre un taux de persistance estimé à 5% lorsque les patients sont interrogés, et de 46% lorsque l'entourage des patients est interrogé.

C. DSM V

En comparaison au DSM IV, le TDAH fait désormais partie des troubles neurodéveloppementaux. Les symptômes n'ont pas été modifiés, mais il est donné plus d'exemples, notamment chez l'adulte et le grand adolescent, et plus précis. L'âge d'apparition de la maladie est de 12 ans, au lieu de 7, et il n'est plus exigé de gêne fonctionnelle antérieure. Le nombre de symptômes requis est descendu de 6 à 5 pour les sujets de plus de 17 ans, afin de faciliter le diagnostic et ne pas mettre en évidence uniquement les TDAH sévères persistant. On notera également que les troubles du spectre autistique ne sont plus un critère d'exclusion.

Ces différentes modifications vont probablement augmenter la prévalence du TDAH de l'adulte (19).

L'autre nomenclature existante est la CIM-10. Elle reste moins appropriée que le DSM V dans le diagnostic du TDAH de l'adulte.

Critères TDAH du DSM-5 :

A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2)	
(1) Inattention : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles : Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, provocateur ou hostile, d'une déficience, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. **Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.**	**(2)** Hyperactivité et impulsivité : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif directe sur les activités sociales et académiques/professionnelles : Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, provocateur ou hostile, d'une déficience, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. **Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés**.
a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex. : néglige ou oublie des détails, travail imprécis).	a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (ex. : a du mal à rester concentré dans des conférences, des conversations, ou la lecture de longs textes).	b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situations qui nécessitent de rester assis).
c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex. : son esprit parait ailleurs, même en l'absence d'une distraction évidente).	c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation, d'impatience motrice).
d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex. : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait).	d) Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex. : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils	e) Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (ex. : incapable ou inconfortable de se tenir immobile

et ses affaires personnelles en ordre ; complique et désorganise le travail ; gère mal le temps, ne respecte pas les délais fixés).	pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité, ou comme difficile à suivre).
f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contre cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex. : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article).	f) Souvent, parle trop.
g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).	g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex. : termine la phrase de ses interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation).
h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).	h) A souvent du mal à attendre son tour (ex. : dans une queue).
i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex. : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).	i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex. : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui, sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut faire irruption dans les activités des autres ou s'en charger).
B. Plusieurs symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.	
C. Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex. : à la maison, l'école, ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités).	
D. On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie.	
E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).	

Sévérité :	
Léger	Peu de symptômes au-delà de ceux requis pour faire le diagnostic sont présents, sinon aucun, et ils n'entrainent qu'une gêne mineure du fonctionnement social ou professionnel.
Modéré	Des symptômes ou une déficience fonctionnelle entre « légers » et «sévères» sont présents.
Sévère	Beaucoup de symptômes en plus de ceux requis pour faire le diagnostic sont présents, ou plusieurs symptômes plusieurs particulièrement sévères, ou les symptômes entrainent une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel
Sous-types cliniques :	
Condition mixte ou combiné	Les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.
Condition inattention prédominante	Le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois. Le critère A2 n'est pas satisfait mais 3 symptômes ou plus sont présents.
Condition inattention restrictive	Le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois. Le critère A2 n'est pas satisfait et pas plus de 2 symptômes sont présents.
Condition hyperactivité/impulsivité prédominante	Le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

III. METHODES

A. Stratégie de recherche

1. Sources

3 bases de données ont été interrogées par des équations de recherche. 2 bases de données médicales : PubMed et ScienceDirect, et une base de données de psychologie : EBSCO. Chaque équation de recherche a été réalisée à partir de termes en anglais tirés du thésaurus MeSH.

- Equation de recherche PubMed :

`(((("Primary Health Care"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR ("General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh])) AND "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[Mesh]) AND "Adult"[Mesh]) NOT "Child"[Mesh]`

- Equation de recherche ScienceDirect :

`("primary care" OR "primary health care" OR "general practice" OR "general practicioners" OR "physician family") AND ("adult" AND "attention deficit disorder")`

- Equation de recherche EBSCO :

`« general practitioner or gp or family doctor or primary care » AND « attention deficit hyperactivity disorder » AND « adults or adult »`

2. Critères d'inclusion

La recherche bibliographique a été réalisée en juin 2018. Les bases de données ont été interrogées sur les 10 dernière années, soit depuis 2007.

Le sujet de l'article devait porter sur le TDAH de l'adulte et devait comprendre au moins un des thèmes suivants : TDAH de l'adulte et médecine générale ou médecin généraliste, TDAH de l'adulte et dépistage et/ou diagnostic.

Tous les types d'études ont été inclus.

3. Critères d'exclusion

Les articles portant sur le TDAH de l'enfant, ou portant uniquement sur le traitement, ou lorsqu'ils ne paraissaient pas pertinents pour répondre à la question de recherche, ont été éliminés. Les articles dont la méthodologie ne semblait pas bonne ont été éliminés.

Les articles qui n'étaient pas disponibles dans leur intégralité ont été exclus.

4. Sélection des articles

L'équation de recherche PubMed a permis de retrouver 36 articles. Seuls 23 articles ont été jugés pertinents, en lien avec le sujet.

L'équation de recherche ScienceDirect a permis de retrouver 348 résultats. Seuls 6 articles ont été jugés pertinents. La plupart des articles retrouvés était hors sujet.

L'équation de recherche EBSCO a permis de retrouver 74 résultats. Seuls 12 articles ont été jugés pertinents, dont 2 déjà sélectionnés via PubMed.

Au total la recherche bibliographique a permis de sélectionner 41 articles. La bibliographie s'enrichit d'articles référencés lors des lectures, des référentiels et d'ouvrages.

IV. HISTORIQUE

Les premières descriptions médicales évoquant certaines composantes du TDAH remontent à la fin du XVIIIe siècle.

En 1775 un médecin allemand, Melchior Adam Weikard, décrit des personnes inattentives et impulsives :

« Une personne inattentive ne remarquera rien, mais sera futile partout. Elle n'étudie ses affaires que superficiellement ; ses jugements sont erronés et elle méconnait la valeur des choses, car elle ne consacrera pas assez de temps ni de patience à une question particulière, et sans la précision requise. De telles personnes n'entendent que la moitié de tout ; elles ne mémorisent qu'à moitié ou bien elles le font de manière désordonnée. Selon un proverbe, elles connaissent généralement un peu de tout mais rien à fond… La plupart sont téméraires, souvent pleines de projets imprudents, mais elles sont aussi très inconstantes dans leur exécution. Elles traitent tout à la légère car elles ne sont pas assez attentives pour percevoir les critiques ou les inconvénients. »

Cette description fait partie des plus anciennes. Elle ne reprend pas les différents éléments du TDAH, mais la notion d'inattention est très évocatrice.

A la même époque, un médecin écossais, Sir Alexander Crichton, publie en 1798 un recueil médical intitulé *La nature et l'origine du dérangement mental* (20). Un chapitre est consacré aux « altérations morbides de l'attention ».

Il écrit : *« the incapacity of attending with a necessary degree of constancy to any one object, almost always arises from an unnatural or morbid sensibility of the nerves, by which means this faculty is incessantly wihdrawn from one impression to another. When born with a person it becomes evident at a very early period of life, and has a very bad effect, inasmuch as it renders him incapable of attending with constancy to any one object of education. But it seldom is in so great a degree as totally to impulse all instruction ; and what is very fortunate, it is generally diminished with age …*

In this desease of attention, if it can with proprierty be called so, every impression seems to agitate the person, and gives him or her an unnatural degree of mental restlessness. People walking up and down the rom, a slight noise, in the same, the moving of a table, the shutting a door sudenly, a slight excess of heat or cold, too much light or too little light, all destroy constant attention in such patients, inasmuch as it easily excited by every impression ».

On retrouve dans cette description la notion d'inattention, et le retentissement sur l'apprentissage et l'éducation. Crichton semblait décrire un trouble avec différents degrés et différents impacts témoignant d'une sévérité variable, et notait la diminution de symptômes en vieillissant. Il énumère plusieurs situations qui renvoient à la notion de distractibilité. Par ailleurs sa description *« morbid sensibility of the nerves »* oriente vers un aspect neurologique du trouble.

Ces descriptions médicales sont restées sans suites. Il faudra attendre la fin du XIXe siècle pour voir apparaitre de nouvelles publications médicales.

Heinrich Hoffman, psychiatre allemand, publie en 1845 un recueil de comptines et de saynètes rédigé pour son fils. Ses histoires d'enfants turbulents ont eu un grand succès en Europe. Même s'il ne semblait pas s'adresser à un public de médecins, il a eu une influence sur la prise de conscience de la population générale de certains aspects « impulsifs et hyperactifs » des enfants.

Vers 1880, le neurologue français Désiré-Magloire Bourneville mentionne une catégorie d'enfants agités, impulsifs. Les signes cardinaux du TDAH semblent présents dans sa description :

« Leur mobilité est exubérante, ils ne restent en place nulle part, se lèvent de table à chaque instant sans motif ; s'ils jouent, ils passent rapidement d'un jeu à un autre ». « [Ils] Se font remarquer pour l'indifférence aux observations, la désobéissance et l'indiscipline, par l'impétuosité, l'incontinence motrice et les étourderies ». Cependant Bourneville considère la plupart de ces enfants comme « arriérés ».

A la fin du XIXe siècle Jean Demoor, psychiatre belge, défend le contraire. Il compare cette instabilité à une « chorée mentale ».

Sir George Still, pédiatre anglais est souvent considéré comme celui qui a fait la première description clinique du TDAH. En 1902, il énumère une liste d'anomalies comportementales avec un caractère désordonné, malveillant, cruel, malhonnête, impatient, colérique. Cette description relève plus des du troubles du comportement allant du trouble oppositionnel avec provocation et aux troubles des conduites. Still utilise le terme de *« moral defect »*, déficit de contrôle moral. Il mentionne les travaux de William James sur l'inattention, celle-ci prenant une part importante dans la constitution du déficit moral. Il note que ces anomalies peuvent se rencontrer chez des enfants d'intelligence normale, et attribue alors le déficit de contrôle moral à une pathologie de la « volonté ».

Jean Philippe et Georges Paul-Boncour, médecins français, publient en 1905 *Les anomalies mentales chez les écoliers* (21). Ils consacrent un chapitre à « l'écolier instable ». Dans leur description l'inattention prend la plus grande place, puis vient l'instabilité physique (hyperactivité) et l'impulsivité, chez des enfants dont l'intelligence est préservée. Les 3 notions actuelles du TDAH étaient déjà bien posées en 1905.

L'œuvre d'Henri Wallon publiée en 1925 *L'enfant turbulent* et *L'enfant et l'adolescent instables* (22) de J.Abramson en 1940 amènent à la notion d'instabilité, avec un double versant, à la fois psychique et moteur. Les descriptions de cette instabilité psychomotrices reprennent les signes cardinaux de l'actuel TDAH.

Le psychiatre allemand Emil Kraepelin, dont les travaux portent sur l'adulte, fait référence à la notion d'instabilité dans sa 8e édition parue en 1915 (23). Il caractérise les instables (*Instablen*) de *« Haltlosen »*, avec pour trait commun une activité désordonnée, un déficit d'attention, et une incapacité d'inhibition. Il décrit des symptômes déjà présents dans l'enfance, et une sévérité variable, selon le retentissement sur les tâches de la vie quotidienne. Il les classe parmi les personnalités « psychopathiques », désignant ainsi des variantes psychiques entre la normale et les pathologies mentales bien définies, sans la signification péjorative actuelle.

Une théorie lésionnelle est défendue par plusieurs auteurs. Selon Still, les causes organiques sont liées, d'une part, à des prédispositions héréditaires, et d'autre part à des lésions cérébrales telles que traumatisme crânien, méningo-encéphalite, accouchement difficile, prématurité.

Au début du XXe siècle, les traumatisés crâniens sont nombreux, en lien avec la Première Guerre mondiale. Parallèlement, entre 1915 et 1926 une pandémie d'encéphalite léthargique (également dénommée encéphalite de Von Economo ou maladie du sommeil européenne) touche plusieurs millions de personnes dans le monde. Il est noté des séquelles neurologiques complexes, d'évolution incertaine, et pouvant récidiver après une apparente rémission. Le contraste entre la personnalité normale précédent l'affection, et les troubles du comportement séquellaires, est remarquable. 27 symptômes différents sont décrits comprenant des symptômes moteurs, ainsi que des

troubles du comportement et de la personnalité. Après avoir fait l'analogie avec des symptômes identiques chez des enfants à priori non affectés, et devant la complexité du trouble et de son délai d'apparition et de récurrence, le trouble chez ces enfants a été attribué à un épisode d'encéphalite passé inaperçu.

La notion de *Minimal Brain Injury / Damage* a une portée éthiopathogénique et symptomatologique, avec des symptômes comportementaux, difficultés d'apprentissage, signes neurologiques mineurs, imputés à une lésion cérébrale minime.

Débute alors une période où règne l'incertitude pour attribuer un trouble du comportement de l'enfant à une cause organique *« Brain Damage »* ou à une autre cause fonctionnelle.

C'est ainsi que Charles Bradley, psychiatre qui prend la tête de l'Emma Pendleton Bradley Hospital for children de Rhode Island, est confronté au problème qui consiste à faire la distinction entre des troubles du comportement post encéphalite, et ceux sans histoire connue d'encéphalite ou de lésion cérébrale.

Il a utilisé une technique d'imagerie cérébrale de l'époque : l'encéphalographie gazeuse ou pneumo-encéphalogramme (PEG). Cette technique apparue en 1919 consistait dans le retrait de liquide céphalo rachidien et le remplacer par de l'air, ce qui permettait de mieux visualiser les structures cérébrales aux rayons X. Cet examen souvent iatrogène, se compliquait d'importantes céphalées. Bradley eut l'idée de stimuler les plexus choroïdes avoisinant les ventricules pour diminuer les céphalées. Pour ce faire, il traita des enfants avec de la Benzédrine, une amphétamine. Il s'est alors rendu compte que les enfants traités étaient plus calmes, plus organisés, et plus efficace dans leur apprentissage, avec une meilleure concentration et moins d'inattention. Ces résultats l'ont incité à poursuivre le traitement et il a par la suite publié une série de 100 enfants âgés de 5 à 12 ans.

Après le départ de Bradley, son successeur Maurice Laufer, pédopsychiatre, poursuivit leurs travaux accompagné de son collègue Denhoff (24). Leur modèle faisait appel à la fois à une étiologie organique et une étiologie fonctionnelle.

Leurs travaux concernaient des enfants atteints de troubles hyperkinétiques avec impulsivité (Hyperkinetic Impulse Disorder). L'intérêt d'un point de vue méthodologique, est la mise en place de critères pour sélectionner les patients de leurs études : hyperactivité, courte capacité d'attention, mauvaise concentration, irrégularité dans les résultats, impulsivité, irritabilité, mauvais travail scolaire, incapacité à différer une satisfaction. Ils ont émis l'hypothèse que ce syndrome était lié à un excès de stimuli cérébraux. Une de leur étude (25), non sans risques, consistait à mesurer le seuil épileptogène sur EEG par photo-stimulation après administration de Metrazole (Pentylènetetrazole). Ils rapportèrent un seuil plus bas chez les enfants atteints de « troubles hyperkinétiques avec impulsivité ».

La notion de *« Brain damage »* s'essouffle peu à peu mais persiste la notion de « *Minimal Brain Dysfunction »* (MBD) qui rencontre un grand succès jusqu'à l'arrivée du DSM II et III.

La théorie lésionnelle n'est pas la seule à être présente au XXe siècle. Le psychiatre Adolf Meyer défend la notion de réaction psycho-dynamique. Dans cette approche, les troubles présentés par les patients sont des « réactions » face à des facteurs de stress environnementaux, et pour les comprendre il faut les ramener au contexte de vie du patient.

La notion de « réaction hyperkinétique de l'enfance » du DSM II paru en 1968 découle de cette approche psycho-dynamique. Sa définition exige l'absence totale de toute lésion cérébrale.

L’hypothèse de cette théorie psycho-dynamique sera progressivement abandonnée par la suite, devant l’absence de preuve objective.

Le DSM III, paru en 1980, se positionne différemment. Les troubles sont définis par des symptômes, sans processus étiologique supposé. La notion de « réaction hyperkinétique de l’enfance » fait place au « Trouble déficitaire de l’Attention avec Hyperactivité ». L’hyperactivité passe au second plan au profit du déficit d’attention, et la persistance chez l’adulte est reconnue.

V. REPERAGE EN MEDECINE GENERALE

A. Suspicion diagnostique

Plusieurs situations doivent faire évoquer le diagnostic de TDAH de l'adulte. Des plaintes telles que des difficultés à se concentrer ou une distractibilité sont fréquentes.

Le médecin généraliste étant en première ligne, il est plus à même de repérer certaines difficultés de la vie en générale de son patient : difficultés liées au travail ou scolaires, difficultés sociales, difficultés dans le couple (26). Par exemple, des changements répétés d'emploi, une situation conjugale conflictuelle, des conduites automobiles à risque répétées, doivent alerter le praticien. Le TDAH peut avoir des retentissements variés, il ne faut pas négliger les motifs de consultations concernant l'abus de substances qui sont plus souvent retrouvés chez la patients TDAH : alcool, tabac, opiacés ; ou encore les conduites à risque sur le plan sexuel. Rappelons le caractère familial du TDAH, la mise en évidence d'un TDAH chez un enfant doit donc amener le médecin généraliste à s'interroger sur le présence du trouble chez un des parents.

L'échelle d'auto-évaluation ASRS v 1.1 (*Adult Self-Report Scale for screening*) (annexe) est un bon outil de dépistage au cabinet de médecine générale. Cette échelle contient au total 18 items. Les 6 premiers items sont utilisés comme dépistage, dont 4 concernent l'inattention et 2 l'hyperactivité / impulsivité. Le test est positif si au moins 4 items sont présents, et la poursuite du questionnaire avec les 12 items restants est alors justifiée.

Cet auto-questionnaire, par simplicité d'utilisation, sa rapidité d'exécution, sa reproductibilité, et sa bonne valeur prédictive négative, semble un bon outil de dépistage validé en médecine générale (27).

Une étude espagnole publiée en 2013, de 432 participants, s'est intéressée au dépistage du TDAH en cabinet de médecine générale grâce au test ASRS. La prévalence estimée était relativement élevée de 12,5 %. La valeur prédictive positive était de 60,9%, et la valeur prédictive négative de 95,5%. Cette étude présente plusieurs biais, mais la proportion de dépistage positif contraste avec l'absence totale de patients diagnostiqués ou traités précédemment (28). La valeur prédictive négative élevée de cet outil lui permet de ne pas identifier un patient TDAH alors qu'il ne serait pas atteint. En revanche, si le dépistage s'avère positif, il est justifié de poursuivre les investigations pour confirmer le diagnostic grâce aux échelles appropriées et aux entretiens spécialisés.

Cette échelle, validée par plusieurs études (27) (29) (30), a été développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et est accessible gratuitement.

Il existe d'autres échelles de dépistage. Les échelles de Conners : *Conners' Adult ADHD Rating Scale* (CAARS) sont disponibles en plusieurs versions : une version longue, une version courte, et une version de dépistage. Sont évaluées la sévérité et la fréquence des symptômes. Leur utilisation est payante.

L'échelle *Wender Utah Rating Scale* (WURS) permet un dépistage rétrospectif en s'intéressant aux symptômes présents dans l'enfance. L'échelle WRAADDS (*Wenter-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale*) est utile pour apprécier la sévérité des symptômes dans 7 domaines distincts : *hyperactivity / restlessness, attention difficulties, temper, affective lability, emotional over-activity, disorganization, impulsivity.*

Une étude publiée en 2010 par Adler et al. montre l'importance du suivi chez les patients ayant bénéficié d'un dépistage (31). L'étude consistait à réaliser un dépistage, et de recontacter les patients positifs à 2 ans. Sur 440 personnes, 330 personnes ont accepté un dépistage par l'échelle d'auto-évaluation ASRS v1.1. 48 personnes sur les 330 ont vu leur dépistage négatif, et sur les 282 personnes dépistées positives 54 n'ont pas souhaité être recontacté et donc participer à l'étude. Sur les 228 personnes dépistées positives et ayant accepté d'être recontacté, 51 ont été randomisées pour participer au suivi qui consistait en un entretien téléphonique de 20 minutes, 23 mois après le dépistage. L'entretien comprenait 32 questions, et s'intéressait entre autres, à la confirmation diagnostique et si un traitement était instauré. Sur les 51 personnes randomisées, 10 répondaient avoir été diagnostiqué avant le dépistage, 21 n'ont pas cherché à confirmer leur diagnostic. Sur les 20 personnes restantes, 18 ont vu leur diagnostic confirmé par un spécialiste. 16 de ces patients ont bénéficié d'un traitement médicamenteux, et 7 ont bénéficié d'un traitement non médicamenteux.

Cette étude montre donc l'importance du suivi chez les patients dépistés positifs, puisque plus de la moitié n'a pas cherché à confirmer la suspicion d'un TDAH, et ce malgré un contact régulier avec leur médecin généraliste ou spécialiste. Un simple suivi ne semble donc pas suffire car les patients ne parlent pas d'eux-mêmes de leurs symptômes. Par conséquent, les patients dépistés positifs doivent bénéficier d'un suivi renforcé afin de confirmer le diagnostic et proposer un traitement adapté.

Devant la suspicion d'un TDAH de l'adulte non diagnostiqué dans l'enfance, une confirmation diagnostique précise est nécessaire. Elle est complexe à réaliser, et essentiellement clinique. Il n'existe pas de test biologique ou d'imagerie affirmant le diagnostic.

Une revue de la littérature de 2008 de Larry Culpepper et Gregory Mattingly s'intéresse au repérage et au diagnostic du TDAH de l'adulte en médecine générale (6). Celle-ci appuie le fait que le diagnostic doit être posé après une évaluation clinique complète incluant plusieurs éléments : les antécédents du patient, l'évaluation des symptômes passés et présents, et l'évaluation du retentissement fonctionnel. L'interrogatoire d'un membre de la famille est utile, permettant d'augmenter considérablement les chances du médecin d'identifier un TDAH. Le patient ne se souvient pas toujours de son comportement dans l'enfance ou n'en pas toujours conscience. Des éléments objectifs tels que les bulletins scolaires et les observations des professeurs peuvent être intéressants.

Un trouble des fonctions exécutives peut exister chez l'adulte atteint de TDAH. Globalement les fonctions exécutives comprennent la mémoire, l'organisation, la gestion du temps, la capacité de planification, la capacité à penser de manière séquentielle.

Une petite étude portant sur le TDAH chez des hommes âgés de 9 à 22 ans et suivie depuis 7 ans jusqu'à l'âge adulte suggère que les déficits de la fonction exécutive peuvent persister dans le temps (32).

Un examen des manifestations cliniques du dysfonctionnement exécutif notamment des mesures d'attention soutenue, de la vigilance, de planification et d'organisation, d'attention sélective et d'apprentissage verbale et visuelle et de la mémoire peut donc être envisagé dans le diagnostic et le bilan d'un TDAH (6).

Des échelles diagnostiques sont disponibles pour aider le praticien dans sa démarche.

Lenard Adler a créé l'*Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale v1.2* (ACDS) pour coter la présence/absence des 18 items du DSM-IV dans l'enfance et à l'âge adulte en proposant une liste d'exemple-type pour chaque symptôme et leur sévérité (33). Cette échelle est disponible en anglais.

L'échelle *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV* (CAADID) intègre les facteurs de risque de TDAH et les comorbidités. *L'échelle Conners' Adult ADHD Rating Scale* (CAARS) reprend les 18 symptômes du DSM-IV et ajoute 12 symptômes supplémentaires. Elles sont disponibles en anglais, et leur accès reste payant.

L'*Adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale* (AISRS) inclue les 18 symptômes du DSM-IV, leur fréquence, et leur sévérité en les cotant de 0 à 3 (0=aucun, 3= sévère). Les symptômes sont enrichis par des exemples de situation adaptés à l'adulte. Cette échelle s'est montrée sensible aux effets des traitements médicamenteux dans plusieurs études.

L'échelle *Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale* (WRAADDS) basée sur les critères de l'Utah peut être utilisée chez l'adulte, et permet d'évaluer les symptômes de dysrégulation émotionnelle. Elle est traduite en français.

L'échelle *Diagnostic Interview for ADHD in Adults* (DIVA) évalue la présence ou l'absence des 18 symptômes, dans l'enfance et à l'âge adulte, avec des exemples concrets. Elle comprend également le retentissement habituellement associé aux symptômes dans cinq domaines de la vie quotidienne : travail et scolarité, relations aux autres et vie familiale, contacts sociaux, temps libre et divertissements, confiance en soi et image de soi. Elle est disponible en français et son accès et gratuit en téléchargement libre. Cette échelle semble la plus appropriée pour un repérage en médecine générale.

D'autres échelles permettent d'évaluer le retentissement, citons l'*Adult ADHD Quality of Life (AAQoL) Scale* ; l'*ADHD Impact Module for Adults* (AIM-A), et la *Weiss Functional Impairment Rating Scale Self-Report* (WIFRS-S).

B. Difficultés diagnostiques

Le praticien est confronté à plusieurs difficultés dans la démarche diagnostique. Le caractère aspécifique des symptômes du TDAH est souvent source de débat sur l'existence même du trouble.

Le retentissement des symptômes est un élément clé du diagnostic. Il faut s'assurer que le retentissement mis en évidence est bien lié aux symptômes du TDAH et non pas à un autre trouble psychiatrique ou un facteur environnemental (personnel ou familial).

Par ailleurs, les symptômes et leur retentissement du TDAH de l'adulte peuvent être difficiles à mettre en lumière. Les patients ont « appris » à vivre avec leur trouble et mettent en place tout au long de leur vie des mécanismes compensatoires, comme dans leur choix de profession, leur organisation au travail, leur choix de partenaire.

Une étude récente réalisée en 2018 au Royaume Uni souligne les difficultés diagnostiques en soins primaires (34). La plupart des praticiens interrogés déclaraient ne pas repérer le trouble, les patients étant auto-référés ou adressé par un tiers s'interrogeant sur la présence du trouble. Le manque de connaissance et de formation semble être en cause. Les praticiens connaissant l'existence et la présentation du trouble déclaraient ne pas être assez formé ou expérimentés amenant à referrer au spécialiste. L'absence de service spécialisé dans le TDAH de l'adulte et de circuit bien clarifié retarde la démarche diagnostique. Les patients interrogés déclaraient un parcours de soins difficile sans savoir à qui s'adresser pour faire un diagnostic. Il est également décrit que lorsque les services spécialisés (pédiatrie ou psychiatrie) existent, ceux-ci n'étaient pas toujours connus compliquant le parcours de soins. Parallèlement, les praticiens de services spécialisés semblaient conscients que certains médecins généralistes n'avaient pas connaissance de leur existence. Certains médecins généralistes exprimaient un décalage entre le rôle qu'ils peuvent prendre en tant que médecin généraliste et ce que les soins secondaires pensent qu'ils peuvent ou ne peuvent pas faire.

Cette situation amène à un sentiment de frustration à la fois chez le patient, et chez le médecin généraliste. Certains expliquant à leur patient la forte suspicion diagnostique mais ne pouvant leur apporter ni confirmation directe, ni orientation claire, ni traitement. De plus, les médecins généralistes sont amenés à faire face à des situations de transition, entre adolescence et âge adulte. L'absence de service spécialisé de transition amène les médecins généralistes à assurer le suivi et la prise en charge, sans formation ou entrainement préalable.

Les adultes diagnostiqués exprimaient un soulagement, et un certain regret de ne pas avoir reçu de diagnostic plus tôt. On retiendra de cette étude un manque de connaissance du TDAH en soins primaire, compliquant considérablement la démarche diagnostique et thérapeutique, malgré la bonne volonté des médecins généralistes.

Adler et al. publient en 2009 une étude (35) dont le principal objectif était d'examiner les expériences et les attitudes des médecins de soins primaires (PSP) concernant le diagnostic et le traitement du TDAH chez les adultes par le biais d'une enquête.

400 médecins ont été sollicités pour participer à l'étude, et moins de 40% ont répondu au questionnaire qui leur a été envoyé par mail. Plus de la moitié des médecins ayant répondu étaient des médecins de famille (*family practice*) (53 %), 40 % étaient médecins internistes, et 7% (*general*

practice). Les médecins étaient interrogés sur leur connaissance du TDAH, la qualité de leur formation, et leur sentiment quant au diagnostic et au traitement du TDAH de l'adulte, leur perception de la qualité des outils diagnostic disponibles et leur avis sur qualités requises d'un bon outil de dépistage.

77 % des praticiens considéraient que le TDAH de l'adulte n'est pas bien compris de la communauté médicale et seulement 1/3 estimaient être très compétent dans ce domaine.

72 % considéraient que le TDAH de l'adulte est plus difficile à diagnostiquer que chez l'enfant, et la moitié ne se sentait pas à l'aise pour établir un diagnostic de TDAH chez l'adulte. Seulement 13 % des praticiens interrogés considéraient avoir reçu une bonne formation clinique et d'entraînement pour la prise en charge du TDAH de l'adulte.

75 % des praticiens déclaraient vouloir être plus actifs dans le diagnostic et le suivi du trouble si le traitement médicamenteux n'était pas un psychostimulant ou stupéfiant.

Cette étude présente plusieurs biais, notamment un biais de sélection puisque seulement 40% des praticiens ont répondu à l'enquête. Par ailleurs, l'étude a été publiée en 2009 mais a été réalisée en 2003. Elle souligne cependant le sentiment des médecins généralistes de n'être pas ou insuffisamment formé au diagnostic et à la prise en charge du TDAH de l'adulte. L'arrivée d'échelles d'auto-évaluation par la suite a dû permettre un meilleur repérage à ces praticiens.

Une étude plus récente souligne la méconnaissance du trouble en médecine générale (12). Les médecins généralistes rapportent une mauvaise connaissance et compréhension du trouble, un manque de formation et d'expérience. La nature du traitement est également un frein à la prise en charge pour certains praticiens. Le traitement médicamenteux de première intention est le méthylphénidate, un psychostimulant. Le manque d'expérience de certains praticiens amène des refus à renouveler le traitement et assurer le suivi.

Le TDAH de l'adulte est accompagné de comorbidités dans la grande majorité des cas (36) (37) (38) :

- Syndrome dépressif,
- Trouble anxieux,
- Trouble de la personnalité,
- Abus de substances,
- Troubles bipolaires.

Les patients bénéficient souvent de traitements pour les comorbidités (antidépresseurs pour la dépression et les troubles anxieux) qui sont facilement repérées, tandis qu'un TDAH sous-jacent méconnu n'est pas traité. La nature aspécifique des symptômes du TDAH associé à une ou des comorbidités complexifie le repérage en médecine générale.

VI. DISCUSSION

A. Limites

Ce travail présente des limites méthodologiques. Un nombre assez faible d'études a été retrouvé à partir des équations de recherches. La plupart des études sont de faibles puissance, et une analyse méthodologique de chaque n'a pas été réalisée.

La grande majorité des études citées sont anglo-saxonnes ou proviennent des Etats-Unis. Nous constatons une littérature française relativement pauvre concernant le TDAH de l'adulte en médecine générale.

B. Perspectives

Le médecin généraliste devrait prendre une place plus importante dans la prise en charge du TDAH de l'adulte. Il est le médecin de premier recours qui doit savoir repérer les symptômes pouvant amener au diagnostic.

Le médecin de famille connait souvent les jeunes adultes depuis l'enfance, et semble bien placé pour une approche globale et évoquer le diagnostic.

Pour ce faire, les médecins généralistes doivent d'une part être formés à la prise en charge de cette pathologie, et avant tout doivent en connaitre l'existence même. Une étude française de 2014 (39) auprès de pédiatres libéraux note que 4 praticiens sur 51 interrogés (7,8%) ne connaissaient pas la définition de l'acronyme TDAH, probable reflet de la méconnaissance du trouble.

L'étude de Culpepper et al. publiée en 2013 (40) s'intéresse à la place du médecin généraliste dans le suivi et la prise en charge du patient. Le médecin généraliste, comme dans d'autres pathologies chroniques, devrait pouvoir assurer le rôle de chef d'orchestre de la prise en charge pluridisciplinaire nécessaire au patient, et assurer lui-même un suivi rapproché pour une meilleure observance et adhérence au traitement. Les difficultés de suivi et d'adhérence au traitement sont liées d'une part au trouble lui-même puisque les patients n'ont pas toujours conscience des difficultés de leur pathologie.

Rappelons qu'aujourd'hui, le traitement médicamenteux chez l'adulte est prescrit hors autorisation de mise sur le marché (AMM) et hors ALD, ce qui constitue un frein de plus non négligeable dans la prise en charge des patients qui doivent assumer financièrement le traitement qui représente approximativement 50 euros par mois. La prescription du traitement (méthylphénidate) se fait sur ordonnance sécurisée, et nécessite une bonne observance du patient qui doit se faire délivrer tous les 28 jours. Cette prescription sur ordonnance sécurisée peut amener à des difficultés de délivrance si les patients changent de pharmacie. Elle entraine également un regard péjoratif sur le patient, potentiellement identifié à tort comme un toxicomane.

D'autre part les patients peuvent être réfractaires au traitement lui-même, la dénomination de « psychostimulant » pouvant engendrer une certaine méfiance. Un traitement en plusieurs prises par jour peut également amener à des difficultés d'observance, avec des oublis de prises fréquents.

Le médecin généraliste étant en première ligne, il devrait être un des référents en cas de « crise » ou de difficultés du patient, et rester disponible. Par ailleurs, le médecin généraliste devrait jouer un rôle important dans la coordination et la prise en charge du trouble dans 2 phases particulières : la première concerne la phase de transition en tant que jeune adulte (18-25 ans) et la 2e concerne la phase adulte (25 ans). Lors de la première phase, les patients ne sont plus suivis par les équipes de pédiatrie et une plus grande autonomie et responsabilités dans la gestion de leur trouble est nécessaire. A la phase adulte, les relations conjugales, familiales, professionnelles, peuvent exacerber les symptômes du trouble et nécessiter une bonne coordination de la part du médecin généraliste.

Le rôle du médecin généraliste va au-delà du suivi psychiatrique stricto sensu. Sur le plan somatique, la présence d'un TDAH peut avoir un impact sur la réalisation des soins de prévention ou sur l'observance des pathologies organiques chroniques. Le médecin généraliste doit donc être d'autant plus vigilant à la bonne réalisation des soins préventifs et curatifs proposés. Il faut également être vigilant aux plaintes somatiques en médecine générale, qui reflètent régulièrement des difficultés d'ordre psychologique, ou liées au travail ou au couple. Un TDAH peut « se cacher » derrière une plainte somatique.

Aujourd'hui en France l'existence même du trouble chez l'adulte est encore discutée. Les courants de pensée divergent, et certains médecins généralistes ou psychiatres ne souhaitent pas faire poser ou poser de diagnostic. Les patients peuvent donc se retrouver dans une errance diagnostique qui dure souvent plusieurs années. Les patients qui suspectent eux-mêmes un TDAH se documentent souvent seuls, et notamment grâce à l'association TDAH-France avec son site internet.

Les enjeux du repérage, du diagnostic, et du traitement des adultes TDAH sont donc de taille, tant sur le plan médical, que socio-économique. Les médecins généralistes et les psychiatres devraient disposer des moyens nécessaires pour dépister, diagnostiquer et traiter ce trouble chez l'adulte. Le TDAH devrait être reconnu comme affection de longue durée (ALD), et le remboursement du traitement devrait être effectif.

Une meilleure formation des praticiens, et un suivi partagé avec le médecin spécialiste, semblent indispensables pour assurer une meilleure prise en charge des patients.

Depuis 10 ans les travaux sur le sujet se multiplient considérablement, ce qui laisse penser que le TDAH de l'adulte devrait être mieux appréhendé en médecine générale dans l'avenir.

VII. CONCLUSION

Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité est un trouble neurodéveloppemental qui peut perdurer à l'âge adulte, avec une symptomatologie qui se modifie avec l'âge mais est surtout un trouble qui s'exprime principalement par des comorbidités sévères à l'âge adulte.

L'existence du TDAH est validée par de nombreuses études, et les bénéfices du traitement sont bien démontrés.

Les comorbidités du TDAH sont prises en charge par les médecins généralistes mais le diagnostic est rarement posé par méconnaissance de ce trouble. Les soins prodigués, polarisés sur les comorbidités, sont alors moins efficients et représentent alors une perte de chance pour les patients d'améliorer leur qualité de vie.

Une formation spécifique des médecins généralistes dédiée à cette pathologie semble indispensable. Le médecin généraliste est le praticien de proximité pour repérer ce trouble sous diagnostiqué, et alors adresser le patient à son collègue psychiatre.

Un consensus en psychiatrie et la reconnaissance du trouble par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour une prise en charge remboursée, seraient aussi les piliers d'une prise en charge optimale pour ces patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. Biol Psychiatry. 1 juill 2000;48(1):9-20.

2. Sibley MH, Mitchell JT, Becker SP. Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. Lancet Psychiatry. déc 2016;3(12):1157-65.

3. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S, et al. Medication for Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Criminality. N Engl J Med. 22 nov 2012;367(21):2006-14.

4. Faraone SV, Mick E. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. Psychiatr Clin North Am. mars 2010;33(1):159-80.

5. Brikell I, Kuja-Halkola R, Larsson H. Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet. sept 2015;168(6):406-13.

6. Culpepper L, Mattingly G. A practical guide to recognition and diagnosis of ADHD in adults in the primary care setting. Postgrad Med. sept 2008;120(3):16-26.

7. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;(420):21-7.

8. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? Inf Psychiatr. 12 juin 2014;Volume 90(5):359-71.

9. Royal College of General Practitioners, McCormick A, Fleming D, Charlton J, Great Britain, Office of Population Censuses and Surveys, et al. Morbidity statistics from general practice: fourth national study 1991-1992. London: H.M.S.O.; 1995.

10. Ohayon MM, Caulet M, Priest RG, Guilleminault C. Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. J Clin Epidemiol. mars 1998;51(3):273-83.

11. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. Inf Psychiatr. 12 juin 2014;Volume 90(5):319-22.

12. French B, Sayal K, Daley D. Barriers and facilitators to understanding of ADHD in primary care: a mixed-method systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. août 2019;28(8):1037-64.

13. Barkley RA. Why Emotional Impulsiveness Should Be a Central Feature of ADHD. ADHD Rep. août 2010;18(4):1-5.

14. Surman CBH, Biederman J, Spencer T, Miller CA, McDermott KM, Faraone SV. Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. Atten Deficit Hyperact Disord. sept 2013;5(3):273-81.

15. Skirrow C, Asherson P. Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. J Affect Disord. mai 2013;147(1-3):80-6.

16. Barkley RA, Fischer M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. mai 2010;49(5):503-13.

17. Surman CBH, Biederman J, Spencer T, Miller CA, Petty CR, Faraone SV. Neuropsychological Deficits Are Not Predictive of Deficient Emotional Self-Regulation in Adults With ADHD. J Atten Disord. déc 2015;19(12):1046-53.

18. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. Br J Psychiatry J Ment Sci. mai 2007;190:402-9.

19. Dalsgaard S. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Eur Child Adolesc Psychiatry. 1 févr 2013;22(1):43-8.

20. Crichton SA. An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind. And a History of the Passions and Their Effects. T. Cadell, junior and W. Davies; 1798. 460 p.

21. Philippe J, Paul-Boncour G. Les anomalies mentales chez les écoliers. Alcan; 1905. 180 p.

22. Wallon H. L'enfant turbulent: étude sur les retards et les anomalies du développement moteur et mental. Paris: Quadrige/PUF; 1984.

23. KRAEPELIN E. Psychiatrie : ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte / Vol. IV. Leipzig : Barth; 1915. 990 p.

24. Laufer MW, Denhoff E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. J Pediatr. avr 1957;50(4):463-74.

25. Laufer MW, Denhoff E, Rubin EZ. Photo-metrazol activation in children. Electroencephalogr Clin Neurophysiol. févr 1954;6(1):1-8.

26. The impact of persisting hyperactivity on social relationships: a community-based, controlled 20-year follow-up study - PubMed [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22441888/

27. Hines JL, King TS, Curry WJ. The Adult ADHD Self-Report Scale for Screening for Adult Attention Deficit–Hyperactivity Disorder (ADHD). J Am Board Fam Med. 1 nov 2012;25(6):847-53.

28. S.L.U 2020 Viguera Editores. Cribado para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en pacientes adultos de atención primaria : Neurología.com [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: http://www.neurologia.com/articulo/2013027

29. Adler LA, Spencer T, Faraone SV, Kessler RC, Howes MJ, Biederman J, et al. Validity of pilot Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD symptoms. Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr. sept 2006;18(3):145-8.

30. Silverstein MJ, Alperin S, Faraone SV, Kessler RC, Adler LA. Test-retest reliability of the adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) v1.1 Screener in non-ADHD controls from a primary care physician practice. Fam Pract. 23 2018;35(3):336-41.

31. Adler L, Ciranni, Shaw D. ADHD screening and follow-up: Results from a survey of participants 2 years after an adult ADHD screening day | Request PDF. Prim Psychiatry. févr 2010;32-7.

32. Biederman J, Petty CR, Fried R, Doyle AE, Spencer T, Seidman LJ, et al. Stability of executive function deficits into young adult years: a prospective longitudinal follow-up study of grown up males with ADHD. Acta Psychiatr Scand. août 2007;116(2):129-36.

33. Kessler RC, Green JG, Adler LA, Barkley RA, Chatterji S, Faraone SV, et al. Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. Arch Gen Psychiatry. nov 2010;67(11):1168-78.

34. French B, Perez Vallejos E, Sayal K, Daley D. Awareness of ADHD in primary care: stakeholder perspectives. BMC Fam Pract. 28 févr 2020;21(1):45.

35. Adler L, Shaw D, Sitt D, Maya E, Morrill MI. Issues in the diagnosis and treatment of adults ADHD by primary care physicians. Prim Psychiatry. 2009;16(5):57-63.

36. Babcock T, Ornstein CS. Comorbidity and its impact in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: a primary care perspective. Postgrad Med. mai 2009;121(3):73-82.

37. Simon V, Czobor P, Bitter I. Is ADHD severity in adults associated with the lifetime prevalence of comorbid depressive episodes and anxiety disorders? Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. juin 2013;28(5):308-14.

38. Bernardi S, Faraone SV, Cortese S, Kerridge BT, Pallanti S, Wang S, et al. The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Psychol Med. avr 2012;42(4):875-87.

39. Quiviger S, Caci H. Enquête sur le trouble déficit de l’attention avec hyperactivité auprès de pédiatres libéraux. Arch Pédiatrie. 1 oct 2014;21(10):1085-92.

40. Culpepper L, Fried R. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a chronic care paradigm. Postgrad Med. juill 2013;125(4):78-86.

ANNEXES

Annexe :

ÉCHELLE D'AUTOÉVALUATION DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC / SANS HYPERACTIVITÉ CHEZ L'ADULTE

V1.1 (ASRS-V1.1)

Tiré du *Composite International Diagnostic Interview* de l'OMS
(Entretien diagnostique international global)
© Organisation mondiale de la santé

Directives

Les questions de la page suivante sont formulées afin de favoriser un échange entre vous et votre patient et aider à confirmer s'il souffre des symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Description : l'échelle d'autoévaluation des symptômes du TDAH chez l'adulte est un instrument qui comprend les 18 critères du DSM-IV-TR. L'expérience a montré que 6 de ces 18 questions prédisent le mieux les symptômes s'apparentant au TDAH. Ces 6 questions sont à l'origine du test de dépistage ASRS v1.1 (*ASRS v1.1 Screener*) et constituent également la partie A de l'échelle d'autoévaluation des symptômes. La partie B de l'échelle d'autoévaluation des symptômes regroupe les 12 autres questions.

Symptômes

1. Demandez au patient de répondre aux questions des parties A et B en faisant un X dans la case qui correspond le mieux au niveau de présence de chaque symptôme.
2. Calculez le résultat total de la partie A. Si quatre cases ou plus sont cochées dans la zone ombrée, cela signifie que le patient présente des symptômes qui peuvent correspondre à ceux du TDAH chez l'adulte et qu'une évaluation plus poussée est justifiée.
3. Les résultats de la partie B fournissent des indices additionnels et peuvent être utiles pour explorer davantage les symptômes du patient. Accordez une attention particulière aux X inscrits dans les cases de la zone ombrée. Le niveau de présence des symptômes est plus sensible pour certaines questions. On n'utilise pas de résultat total ni de taux de probabilité diagnostique pour ces 12 questions. L'expérience a montré que les 6 questions de la partie A offrent la meilleure valeur de prédiction du TDAH et qu'elles conviennent le mieux au dépistage.

Handicaps

1. Révisez toutes les questions de l'échelle d'autoévaluation des symptômes avec votre patient et évaluez le degré de handicap relié à chaque symptôme.
2. Tenez compte des différents contextes : au travail / à l'école, dans la vie sociale et la vie familiale.
3. Le niveau de présence d'un symptôme témoigne souvent de sa gravité ; par conséquent, l'échelle d'autoévaluation des symptômes peut également servir à l'évaluation des handicaps. Si votre patient manifeste des symptômes fréquents, vous pourriez lui demander dans quelle mesure ces difficultés nuisent à ses aptitudes au travail, dans ses tâches domestiques, dans ses relations avec autrui (ie : avec son conjoint ou sa conjointe ou avec un autre proche).

Antécédents

1. Évaluez la présence de ces symptômes ou de symptômes semblables durant l'enfance. Les adultes atteints d'un TDAH n'ont pas nécessairement reçu un diagnostic formel pendant leur enfance. Pour évaluer les antécédents d'un patient, recherchez des signes de troubles de l'attention ou de la maîtrise de soi apparus à un jeune âge ou présents depuis longtemps. Certains symptômes importants devraient être apparus durant l'enfance, mais la présence de la gamme complète des symptômes n'est pas requise.

ÉCHELLE D'AUTOÉVALUATION DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC / SANS HYPERACTIVITÉ CHEZ L'ADULTE

V1.1 (ASRS-V1.1)

Nom : _____ Date : _____ / _____ / _____

Partie A

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et comment vous vous êtes comporté **au cours des 6 derniers mois.** Veuillez remettre le questionnaire rempli à votre médecin ou à un autre professionnel lors de votre prochain rendez-vous afin de discuter des résultats.	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites?					
2. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation?					
3. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?					
4. Quand vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard?					
5. À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée?					
6. À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur?					

Partie B

7. À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des fautes d'étourderie lorsque vous travaillez à un projet ennuyeux ou difficile?					
8. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif?					
9. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer sur les propos de votre interlocuteur, même s'il s'adresse directement à vous?					
10. À la maison ou au travail, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'égarer des choses ou d'avoir des difficultés à les retrouver?					
11. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être distrait par l'activité ou par le bruit autour de vous?					
12. À quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter votre siège pendant des réunions ou d'autres situations où vous devriez rester assis?					
13. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous tenir tranquille?					
14. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous détendre et à vous reposer dans vos temps libres?					
15. À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler de façon excessive à l'occasion de rencontres sociales?					
16. Pendant une conversation, à quelle fréquence vous arrive-t-il de terminer les phrases de vos interlocuteurs avant que ces derniers aient le temps de les finir?					
17. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à attendre votre tour lorsque vous devriez le faire?					
18. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'interrompre les gens lorsqu'ils sont occupés?					

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental fréquent caractérisé par des symptômes inattentifs, hyperactifs et / ou impulsifs entraînant des difficultés dans plusieurs domaines de la vie quotidienne. Les symptômes à l'âge adulte peuvent persister dans plus de 50 % des cas. Les soins de santé primaires peuvent jouer un rôle clé dans la détection et la prise en charge des principaux problèmes de santé mentale de la population. Pourtant, le TDAH reste méconnu des médecins généralistes et son existence reste encore débattue par certains. L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux sur le repérage du TDAH chez l'adulte en médecine générale.

MÉTHODE : Revue de littérature. La recherche bibliographique a été réalisée en 2018 et porte sur les 10 dernière années. 3 bases de données ont été interrogées : PubMed, ScienceDirect et EBSCO.

RÉSULTATS : Plusieurs situations doivent faire évoquer le diagnostic de TDAH de l'adulte. Devant la suspicion d'un TDAH chez un adulte, un entretien reprenant les antécédents personnels du patient, les symptômes présents et passés, et l'évaluation du retentissement des symptômes est nécessaire. Des échelles de dépistage et d'aide au diagnostic sont validées et faciles d'utilisation en médecine générale. La confirmation diagnostique par le psychiatre est indispensable. Le médecin généraliste devrait prendre une place plus importante dans la prise en charge du TDAH de l'adulte.

CONCLUSION : Une formation spécifique des médecins généralistes dédiée à cette pathologie est indispensable. Le médecin généraliste est le praticien de proximité pour repérer ce trouble sous diagnostiqué, et alors adresser le patient à son collègue psychiatre.

∞

MOTS-CLÉS : Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Adulte. Repérage. Médecine générale.