

Considérations pratiques pour l'évaluation et la prise en charge du Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) chez l'adulte

Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults

Sébastien Weibel, Olivier Menard, Adela Ionita, May Boumendjel, Clémence Cabelguen, Charlotte Kraemer, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Stéphanie Bioulac, Nader Perroud, Anne Sauvaget, Louise Carton, Marie Gachet, Régis Lopez.

Sébastien Weibel, MD PhD, Service de Psychiatrie 2, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France ; Inserm U1114, Strasbourg, France; FMST, Fédération de Médecine Translationnelle de Strasbourg, Strasbourg, France.

Olivier Menard, MD, Service d'addictologie, Hôpital Fontan 2, CHRU de Lille, France

Adela Ionita, MD, Nightingale Hospitals Paris – Clinique du Château, Garches, France

May Boumendjel, MD, Hopital André Mignot, Service de psychiatrie et d'addictologie, Centre de soin de prévention et d'accompagnement en addictologie (CSAPA) et équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), Versailles, France

Clémence Cabelguen, MD, Unité de neuromodulation et de psychiatrie de liaison, Centre Ambulatoire Pluridisciplinaire de Psychiatrie et d'Addictologie, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, France

Charlotte Kraemer, MD, psychiatre libérale; Psychiatrie 2, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, MD PhD, Clinique du sommeil, Service d'explorations fonctionnelles du système nerveux, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France ; CNRS, SANPSY, USR 3413, Univ. Bordeaux, SANPSY, USR 3413, Bordeaux, France.

Stéphanie Bioulac, MD PhD, Clinique du sommeil, Service d'explorations fonctionnelles du système nerveux, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France ; CNRS, SANPSY, USR 3413, Univ. Bordeaux, SANPSY, USR 3413, Bordeaux, France.

Nader Perroud, Service des spécialités psychiatrique, Département de Santé Mentale et de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

Anne Sauvaget, Addictologie and Psychiatrie de Liaison, CHU de Nantes, France ; Laboratoire "mouvement, interactions, performance" (EA 4334), Faculté Sciences du Sport, Université de Nantes, France

Louise Carton, INSERM U1171 « Troubles cognitifs dégénératifs et vasculaires » 59000, Univ Lille, Lille France & Département de Pharmacologie Médicale, CHRU de Lille, France

Marie Gachet, Service d'Urgence et Post-urgence psychiatrique, Hôpital Lapeyronie, Montpellier, France

Régis Lopez, MD PhD, Consultation Spécialisée TDAH adulte, Centre National de Référence Narcolepsie Hypersomnies rares, Département de Neurologie, Hôpital Gui-De-Chauliac, Montpellier, France ; Inserm U1061, Montpellier, France.

Auteurs correspondants

Sébastien Weibel, Service de Psychiatrie 2, Pôle de Psychiatrie et Santé Mentale, 1 place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg Cedex ; Tel : 03 88 11 51 57 ; Fax : 03 88 11 76 82 ; sebastien.weibel@chru-strasbourg.fr

Régis Lopez, Département de Neurologie, Hôpital Gui-De-Chauliac, 80 avenue Augustin Fliche, 34795 Montpellier Cedex 5 ; Tel : 04 67 33 74 78 ; r-lopez@chu-montpellier.fr

RESUME

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental fréquent, affectant 2 à 4 % des adultes. Un premier diagnostic à l'âge adulte est fréquent, bien que dans la plupart des cas un TDAH était présent dès l'enfance, mais non identifié ou bien compensé. Le TDAH chez l'adulte s'associe très souvent à d'autres troubles ; les plus fréquemment retrouvés sont les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité, les troubles addictifs, comportementaux et liés à l'usage de substances et les troubles du sommeil. Le retentissement fonctionnel peut être important, par les conséquences académiques, professionnelles, sociales, familiales, ou liées aux comorbidités. Or, la reconnaissance et la prise en charge du TDAH chez l'adulte sont encore peu développées en France, et le trouble reste un sujet de controverse.

Cet article vise à proposer un socle de connaissances actualisé, utile aux professionnels francophones amenés à dépister ou prendre en charge des patients adultes avec TDAH. Les caractéristiques et spécificités cliniques du TDAH et de ses comorbidités sont détaillées, permettant de proposer une stratégie diagnostique et d'évaluation globale. Les approches thérapeutiques, psychologiques, rééducatives et médicamenteuses sont présentées ainsi que des lignes de conduites thérapeutiques, notamment en présence de troubles comorbides.

ABSTRACT

Attention deficit with or without hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most frequent neuropsychiatric disorder and affects 2-4% of adults. In contrast with many European countries, the identification and management of adult ADHD remain underdeveloped in France, and subject of controversy. This review provides a practical update on current knowledge about ADHD in adults, for French speaking professionals who have to detect or manage adult patients with ADHD.

ADHD is classified as a neurodevelopmental disorder in the recent update of the international diagnostic classification. While symptoms and impairment due to ADHD are frequently severe during childhood, they often evolve as children grow older, with frequent persistent disabilities in adulthood.

In adulthood, the clinical presentation relies, as in childhood, on the triad of inattention, hyperactivity and impulsivity symptoms. However, differences are noted: hyperactivity is more often internalized, symptoms of inattention may be masked by anxiety symptoms or obsessive-like compensation strategies. ADHD is often diagnosed during childhood, but it is not rare that the diagnosis is made later. A lack of symptom recognition resulting in misdiagnosis or well-developed compensation factors would be two underlying reasons for a long delay until diagnosis.

Other symptoms, such as emotional deregulation or executive function related-symptoms are also usually observed in adults. In addition, ADHD in adults is associated with other psychiatric disorders in 80% of cases, what makes the diagnosis more difficult. These disorders encompass a large spectrum, from mood disorders (unipolar or bipolar), anxiety disorders, other neurodevelopmental disorders and personality disorders, especially borderline and antisocial personality disorder. Substance use disorders are very common, either as a consequence of impulsivity and emotional dysregulation or as an attempt for self-treatment. Sleep disorders, especially restless legs syndrome and hypersomnolence may share common pathophysiological mechanisms with ADHD.

ADHD and comorbidity-related symptoms are responsible for serious functional impairment, in various domains leading to academic, social, vocational, familial consequences. The impact on other psychiatric disorders as an aggravating factor has also to be considered. The high level of handicap and the poorer quality of life in adults with ADHD warrant optimal evaluation and management.

The diagnostic procedure of ADHD in adults should be systematic. Once the positive diagnosis is made, the evaluation must characterize levels of severity and impairment at an individual level. A full examination should also assess medical conditions associated with ADHD, to provide personalized cares. In the recent years, a growing number of assessment tools have been translated and validated in French language, providing a wide range of structured interviews, standardized self-report questionnaires for the evaluation of core and associated ADHD symptoms, comorbidities and functional impairment.

The treatment of ADHD in adults is multimodal, and aims to relieve the symptoms, limit the burden of the disease, and manage comorbidities. The most relevant and validated psychological approaches are psycho-education, cognitive-behavioral therapy and "third wave therapies" with a specific focus on emotion regulation. Cognitive remediation and neurofeedback are promising strategies still under evaluation. Medications, especially psychostimulants, are effective for alleviating ADHD symptoms with a large effect size. Their safety and tolerability are satisfactory, although their long-term clinical benefit is still discussed. In France, methylphenidate is the only stimulant available for the treatment of ADHD. Unfortunately, there is no authorization of use in adults except for continuation after adolescence. Hence, the prescription, which is subject to the regulation on narcotics, is off-label in France. This article aims to provide practical considerations for the management of ADHD and associated disorders in adults, in this particular French context.

MOTS-CLES

TDAH de l'adulte, diagnostic, traitement, comorbidité, méthylphénidate, psychothérapie

Adult ADHD, diagnosis, treatment, comorbidity, methylphenidate, psychotherapy

INTRODUCTION

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) de l'adulte est une situation clinique fréquente, pourtant méconnue et encore controversée. Longtemps considéré comme un trouble de l'enfance et de l'adolescence, il continue à affecter la population adulte, avec un niveau de retentissement parfois sévère.

La reconnaissance du TDAH chez les adultes s'est accrue récemment dans de nombreux pays, et de nouvelles pratiques cliniques ont émergé. La France garde aujourd'hui une place particulière, par rapport à ses voisins européens avec encore très peu de patients sont repérés et pris en charge [1].

Des changements sont cependant en cours. En France, des consultations spécialisées et la recherche se développent [2]. Des défis restent encore à surmonter, notamment en termes d'accessibilité aux soins. Une meilleure formation des professionnels de premier recours et en psychiatrie générale est nécessaire pour identifier les patients souffrant de ce trouble et leur garantir une prise en charge adaptée.

Nous proposons une mise à jour des connaissances actuelles sur le TDAH chez l'adulte, de son évaluation à sa prise en charge, en axant particulièrement sur des considérations cliniques et thérapeutiques pratiques à destination des praticiens francophones. La méthode a consisté d'abord en une sélection des thèmes considérés comme pertinents pour les praticiens, par une démarche de recherche de consensus entre les auteurs. Ensuite, une revue de la littérature internationale a été effectuée pour chaque thème à partir de la base PubMed. La cohérence des résultats avec les articles de synthèse et les recommandations internationales [3–5] a été ensuite vérifiée.

LE TDAH DE L'ENFANCE A L'AGE ADULTE

Le TDAH est l'un des troubles neurodéveloppementaux les plus fréquents chez l'enfant, avec une prévalence mondiale autour de 5 % [6,7]. Les données issues de suivis prospectifs de ces enfants montrent une persistance symptomatique et/ou fonctionnelle à l'âge adulte dans 30 à 65% des cas [8–10]. Ces données sont en accord avec les études épidémiologiques transversales qui estiment la prévalence du TDAH chez l'adulte entre 2 et 4 % [11–13]. Pourtant, malgré cette prévalence élevée, peu d'adultes souffrant de TDAH bénéficient d'un diagnostic et d'une prise en charge appropriée [14].

L'adolescence est associée à un remaniement de la triade symptomatique inattention/hyperactivité/impulsivité : l'inattention est souvent au premier plan, l'hyperactivité devient plus sélective, l'impulsivité est exacerbée. C'est une période sensible marquée par le façonnement d'une personnalité possiblement pathologique [15], l'émergence ou l'exacerbation de troubles anxieux ou de l'humeur, et une prévalence plus marquée des troubles externalisés tel que le trouble oppositionnel avec provocation ou le trouble des

conduites. Les conduites à risques sont plus fréquentes (comportements ordaliques, accidents et conduites sexuelles à risque) [16]. Le risque d'interruption de soins est important [17,18].

Si la présence de symptômes du TDAH pendant l'enfance est requise pour retenir le diagnostic, une large majorité d'adultes ne sont diagnostiqués que bien après l'adolescence. Certains ont présenté des difficultés majeures dans leur enfance en lien avec leur trouble, sans que le diagnostic n'ait pour autant été évoqué, et ont reçu une prise en charge insuffisante ou inadéquate. D'autres ont eu un trouble bien compensé par un niveau intellectuel supérieur ou un bon étayage familial, avec des difficultés ne se démasquant qu'à l'occasion d'exigences supérieures (études, promotion professionnelle, arrivée d'enfants) ou lors d'un épuisement des compensations. La fréquence des diagnostics nouvellement portés à l'âge adulte soulève également la possibilité qu'un tableau clinique complet de TDAH puisse émerger à différents stades de développement, à l'encontre de la théorie d'une origine neurodéveloppementale. Des études épidémiologiques longitudinales récentes suggèrent même que la majorité des adultes avec des symptômes de TDAH n'en présentaient pas dans l'enfance [19–21]. La validité d'un tel syndrome d'apparition tardive reste largement débattue [22].

Enfin, des études récentes suggèrent que le TDAH reste fréquent chez les plus de 65 ans [23]. La question du vieillissement au cours du TDAH et plus largement des pathologies neurodéveloppementales, et de leurs interactions avec les processus neurodégénératifs sera assurément un des enjeux majeurs des décennies à venir.

CARACTERISTIQUES CLINIQUES DU TDAH CHEZ L'ADULTE

Les manifestations cliniques du TDAH de l'adulte reposent, comme celles de l'enfant, sur un trépied symptomatique associant, à des degrés variables, des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. On distingue ainsi trois présentations cliniques : inattention prédominante, hyperactivité/impulsivité prédominantes, et la présentation combinée. Si cette dernière reste la plus fréquente à l'âge adulte, une amélioration de la dimension « hyperactivité/impulsivité » est souvent observée au fil des années. Les difficultés attentionnelles quant à elles persisteraient de manière plus constante [24].

Il est important de noter que les symptômes du TDAH sont observés à des degrés divers dans la population, le TDAH étant vu comme la manifestation extrême d'un spectre symptomatique. Contrairement à la plupart des autres troubles psychiatriques, le diagnostic du TDAH ne repose pas sur la mise en évidence d'une rupture avec un état antérieur. Les difficultés sont durables et parfois subtiles, et l'impact fonctionnel n'est pas toujours bien perçu par le patient [25]. En cela, le regard de l'entourage familial est bien souvent indispensable pour établir un diagnostic.

Plus qu'un déficit attentionnel *stricto sensu*, la plupart des patients semblent présenter un défaut de modulation des capacités attentionnelles. Certaines situations rendent difficile la mobilisation des ressources attentionnelles, conduisant à des plaintes liées à des difficultés de concentration (lecture, réunions, tâches demandant un effort mental soutenu, conversations). Si des tâches laborieuses et peu stimulantes sont bien souvent abhorrées et reportées

(procrastination), les adultes souffrant de TDAH rencontrent moins de difficultés pour s'investir dans des activités nouvelles, stimulantes et plaisantes. Des fluctuations de l'attention sont observées, avec parfois un état extrême d'hyperfocalisation. Ainsi un diagnostic de TDAH ne saurait être récusé au motif qu'un patient est capable, dans certaines situations, de se concentrer [26]. Les mêmes fluctuations sont observées pour les autres symptômes attentionnels, comme les erreurs d'étourderies ou les oublis. La distractibilité excessive est un symptôme central, de nature à la fois externe (stimuli auditifs et visuels), mais aussi internes. Le vagabondage mental excessif est une dimension symptomatique non spécifique, mais très fortement associée au TDAH [26]. Le sujet rapporte être souvent envahi de pensées diverses, non répétitives, sans nécessairement de valence émotionnelle négative (comme dans les troubles anxieux), sans lien avec l'activité en cours.

Les symptômes relatifs à l'hyperactivité revêtent, à l'âge adulte, une expression volontiers plus cognitive que dans l'enfance, souvent décrite comme un flux excessif de pensées, difficile à interrompre. L'instabilité motrice laisse place à un besoin excessif de bouger, de s'occuper, des difficultés à se relaxer et à refuser les sollicitations ou une difficulté à rester discret dans des situations qui l'imposent [26].

En lien avec un déficit d'inhibition, l'impulsivité dans le TDAH se manifeste par une intolérance voire une aversion de l'attente. Elle est particulièrement observable sur la sphère verbale, avec une propension marquée à couper la parole. Cette impulsivité peut conduire à une instabilité professionnelle (abandon de poste, changement d'emplois fréquent par lassitude) mais aussi affective et amicale ou encore à des conduites à risque (excès de vitesse ou consommation de toxiques, difficultés avec l'autorité).

Au-delà du trépied symptomatique, d'autres dimensions cliniques sont présentes chez les adultes souffrant de TDAH. Les troubles dysexécutifs se traduisent par des problématiques d'organisation (défaut d'anticipation, de planification, de hiérarchisation des tâches et de gestion du temps). Une autre dimension clinique associée est la dysrégulation émotionnelle. Dans le TDAH, elle est caractérisée par une hyperréactivité et une labilité émotionnelle, une irritabilité et une propension aux colères. La présence marquée de cette dimension peut rendre complexe le diagnostic différentiel, en particulier avec les troubles de l'humeur et de la personnalité [26].

Les symptômes liés au TDAH imposent souvent au patient de développer des stratégies d'adaptation afin de limiter le retentissement du trouble. Si pour de nombreux sujets ces stratégies sont profitables, elles peuvent parfois revêtir une allure dysfonctionnelle, avec par exemple le développement de compensations organisationnelles souvent coûteuses en ressources cognitives, parfois rigides qui peuvent rendre le diagnostic moins aisé (fonctionnement obsessionnel).

Le TDAH retentit de façon majeure sur le fonctionnement scolaire/professionnel, relationnel et familial des adultes. Les études à long terme montrent que, par rapport à la population générale, les sujets adultes souffrant de TDAH ont un niveau d'étude et un taux d'emploi plus faibles, des relations familiales plus instables, commettent davantage d'actes antisociaux et ont plus d'accidents du travail et de la circulation [27–30].

L'EVALUATION DIAGNOSTIQUE DU TDAH CHEZ L'ADULTE

Le diagnostic de TDAH à l'âge adulte repose sur une démarche clinique. Les critères diagnostiques communément utilisés sont ceux du DSM-5.

L'évaluation initiale comporte trois étapes (**Figure 1**). Premièrement un interrogatoire rétrospectif recherche des arguments en faveur de symptômes de TDAH avant l'âge de 12 ans, idéalement en présence d'un membre de l'entourage et en s'appuyant sur les bulletins scolaires. L'entretien diagnostique évalue ensuite la présence des symptômes du TDAH au cours des six derniers mois pour porter le diagnostic positif du TDAH et sa présentation clinique. Une attention est portée sur l'appréciation de la sévérité des symptômes cardinaux et associés, et du degré du retentissement fonctionnel. Enfin, la démarche diagnostique comporte l'évaluation des pathologies médicales et psychiatriques associées au TDAH, en vue d'évaluer les diagnostics différentiels possibles et d'établir un plan de prise en charge globale.

De nombreux outils psychométriques sont disponibles afin d'assister le praticien dans sa démarche diagnostique (**Tableau 1**).

Le questionnaire de dépistage le plus utilisé est l'Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS 1.1). Il s'agit d'un auto-questionnaire de 18 items basés sur les critères diagnostiques du DSM IV, dont les 6 premiers constituent une version courte dite « screener » [31]. Cet outil recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé, a récemment fait l'objet d'une révision, s'appuyant désormais sur les critères diagnostiques du DSM-5 [32]. Cette dernière version doit faire désormais l'objet d'une validation en langue française. Ce dépistage est idéalement complété par celui des symptômes dans l'enfance. La Wender Utah Rating Scale (WURS), en particulier la version courte à 25 items, validée en français, offre d'excellentes performances [33].

L'évaluation diagnostique s'effectue le plus souvent via des entretiens semi-structurés. Ces outils sont basés sur les critères diagnostiques des classifications internationales, parmi eux, seuls l'ADHD Child Evaluation+ (ACE+) et le Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA 2.0) [26] sont traduits en français. L'ACE+ permet l'évaluation du trouble, à la fois selon les critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-5. Le DIVA 2.0, plus largement utilisé, ne propose cependant qu'une évaluation basée sur les critères du DSM IV. La nouvelle version, DIVA-5, qui s'appuie sur les critères actuels du DSM, n'a pas encore fait l'objet de traduction et de validation en français.

Certains auto-questionnaires permettent d'évaluer la sévérité du TDAH, cependant beaucoup d'entre eux n'ont pas fait l'objet de validation psychométrique dans notre langue (**Tableau 1**). D'autres permettent d'évaluer des dimensions symptomatiques plus spécifiques associées au TDAH, comme la labilité émotionnelle ou les symptômes en lien avec le déficit exécutif. L'évaluation du retentissement fonctionnel du TDAH peut être réalisée par la Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS). Elle explore l'impact du trouble dans de multiples domaines et a fait l'objet d'une récente validation en français [2].

Si de nombreuses études révèlent que les adultes souffrant de TDAH présentent fréquemment des altérations du fonctionnement exécutif et attentionnel, mesurables par des tests neuropsychologiques, aucun de ces tests ne dispose de performances suffisantes pour établir le diagnostic de TDAH pour un individu donné, du fait d'une grande hétérogénéité du fonctionnement neuropsychologique dans cette population [34]. Ces tests peuvent cependant compléter la démarche d'évaluation, notamment en vue de préciser l'indication d'une remédiation cognitive. Les mêmes remarques peuvent être apportées quant à la pertinence des mesures électrophysiologiques comme l'électro-encéphalographie (EEG) quantifiée.

LES TROUBLES ASSOCIES AU TDAH CHEZ L'ADULTE

La majorité des adultes souffrant de TDAH présente au moins un autre trouble psychiatrique associé [11,35]. La présence de ces troubles associés rend difficile l'évaluation diagnostique du TDAH du fait de symptômes partagés. Si de nombreux outils psychométriques de dépistage de ces troubles ont été validés en population générale, nous attirons cependant l'attention du clinicien sur le risque de repérage excessif de ces troubles du fait d'un recoupement symptomatique possible entre les troubles. Il n'existe pas à notre connaissance d'études évaluant la pertinence de l'utilisation de ces outils de dépistage chez des patients souffrant de TDAH, mais plusieurs études démontrent un risque élevé de faux-positifs avec l'ASRS-v1.1 pour le dépistage du TDAH dans des populations cliniques de sujets souffrant de trouble bipolaire [36], de personnalité borderline [37] ou de dépression caractérisée [38]. De ce fait, une anamnèse détaillée menée par le clinicien, avec des outils diagnostiques standardisés doit dans ce cas faire préciser la chronologie d'apparition et d'évolution des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité et de ceux des troubles associés.

La présence d'un trouble associé nécessite souvent d'adapter les stratégies thérapeutiques. Des considérations pratiques pour la prise en charge du TDAH dans le contexte de comorbidités sont présentées dans le **Tableau 2**.

Troubles de l'humeur et troubles anxieux

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. L'estime de soi est souvent abaissée, en partie du fait de la non reconnaissance des difficultés. Dans ce contexte, un trouble dépressif majeur est retrouvée chez 20% des adultes avec TDAH [11,39].

La présence d'un trouble dépressif associé au TDAH impacte de façon majeure le retentissement fonctionnel global et contribue à un risque suicidaire plus élevé [39]. Les conduites suicidaires, qu'il s'agisse de suicide accompli, tentative de suicide ou d'idéation suicidaire, sont fréquentes [40]. Les conduites suicidaires sont favorisées par la présence d'un trouble de l'humeur associé, l'impulsivité, les anomalies de prise de décision, mais aussi la dysrégulation émotionnelle intrinsèque au TDAH.

Un TDAH est retrouvé chez 10 à 20 % des patients présentant un trouble bipolaire [36,41,42]. A l'inverse, un trouble bipolaire est retrouvé chez environ 20% des adultes atteints de TDAH [42]. La présence d'un TDAH influence les caractéristiques du trouble bipolaire. Celui-ci est plus volontiers de type 1, d'apparition plus précoce, d'intensité plus sévère, et plus souvent associé à d'autres troubles psychiatriques et addictologiques [41,43]. Le trouble bipolaire est aussi un diagnostic différentiel du TDAH. En effet, ces deux troubles partagent plusieurs dimensions cliniques, la dysrégulation émotionnelle et l'impulsivité notamment [44]. L'évolution des symptômes (par épisodes pour le trouble bipolaire, de façon continue pour le TDAH), la recherche de symptômes imputables au trouble bipolaire seul (insomnie sans fatigue ou symptômes psychotiques sur une période donnée, par exemple), d'antécédents familiaux, la réponse aux traitements médicamenteux sont autant d'éléments à rechercher pour différencier un TDAH d'un trouble bipolaire.

Près de la moitié des adultes avec TDAH souffrent d'un trouble anxieux comorbide qui sera alors plus sévère et plus précoce que lorsqu'il est isolé [11]. Les manifestations anxieuses peuvent être de différents types : anxiété généralisée, anxiété sociale, trouble panique mais aussi symptomatologie obsessionnelle. La présence de ces troubles peut occasionner un retard au diagnostic pour le TDAH, car l'inhibition souvent retrouvée chez les patients anxieux peut masquer l'hyperactivité ou l'impulsivité [45].

Addictions et troubles des conduites alimentaires

Les conduites addictives sont aussi fortement associées au TDAH, que ce soit les troubles d'usage de substances (TUS) ou les addictions comportementales, et en particulier les troubles des conduites alimentaires (TCA). Ces troubles pourraient résulter de traits endophénotypiques communs sous-tendus par une vulnérabilité génétique partagée avec le TDAH [46].

Une étude en population générale retrouvait un risque augmenté de TUS chez les sujets présentant des symptômes de TDAH, avec un risque relatif allant de 1,33 pour la consommation de tabac à 3,58 pour une dépendance à l'alcool [47]. De même, d'autres études ont retrouvé une prévalence vie entière d'abus d'alcool chez 47% [48] et une prévalence de dépendance à l'alcool actuelle chez 21% des sujets TDAH [49]. Inversement, la prévalence du TDAH chez les sujets souffrant d'alcool-dépendance serait également élevée, comprise entre 23% et 33% des patients pris en charge en addictologie [50].

Les adultes atteints de TDAH présentent également une consommation fréquente de cannabis [51]. Cette forte association pourrait être expliquée par les effets immédiats de cette substance sur les symptômes d'hyperactivité et l'intolérance à l'ennui. Cette « automédication » est particulièrement marquée chez les usagers de drogues stimulantes (amphétamines et cocaïne), avec un effet recherché paradoxal, comme le calme intérieur et une meilleure attention [52]. Le praticien en addictologie doit ainsi être particulièrement vigilant à la possibilité d'un TDAH chez un usager chez qui le produit est utilisé à des fins d'optimisation cognitive.

Le rôle potentiel des traitements stimulants dans la genèse des comorbidités addictives dans le TDAH est une source ancienne de débat, au sein même de la communauté médicale.

Cependant, des travaux récents ne retrouvent aucun d'argument pour une telle association, suggérant au contraire un possible effet protecteur du traitement pharmacologique [53,54].

Enfin, le TDAH de l'adulte est également associé à des troubles du comportement alimentaires dont le mécanisme est proche des addictions, en particulier dans les troubles boulimique et hyperphagique [55]. Les psychostimulants sont parfois utilisés à visée anorectique. La lisdexamfetamine a récemment obtenu une AMM dans la prise en charge de l'hyperphagie boulimique aux Etats-Unis [56].

Troubles de la personnalité

Entre 10 et 75 % des adultes souffrant de TDAH répondent aux critères de troubles de la personnalité [57], avec au premier plan les troubles de la personnalité du cluster B (personnalité borderline, particulièrement chez les femmes, antisociale et narcissique chez les hommes) et dans une moindre mesure le cluster C (personnalité évitante et dépendante). Les traits de personnalité et les symptômes du TDAH sont particulièrement intriqués, parfois phénoménologiquement proches. Ils partagent la caractéristique d'évoluer sur le long cours. Plusieurs études prospectives ont montré que le TDAH chez l'enfant impacte le développement de la personnalité [58]. Il est probable que le TDAH entraîne le développement de modalités relationnelles et de schéma comportementaux dysfonctionnels tout en altérant l'image de soi. Il existe cependant des études suggérant une étiologie commune, comme les traits liés à la recherche de nouveauté [59]. Le style parental, dans un contexte de forte héritabilité du trouble, pourrait aussi être un facteur déterminant dans le développement de traits de personnalité [60].

Chez les patients avec trouble de la personnalité, traiter spécifiquement le TDAH peut renforcer l'efficacité des traitements psychothérapeutiques [61].

Autres troubles neurodéveloppementaux

Le TDAH et les troubles du spectre de l'autisme (TSA) partagent des facteurs de vulnérabilité et des mécanismes physiopathologiques communs. Avant le DSM-5, le diagnostic de TDAH ne pouvait être porté en présence d'un TSA. Pourtant, 58% à 85% des sujets atteints de TSA présentent une symptomatologie compatible avec un TDAH [62]. Le DSM-5 reconnaît désormais la possibilité d'un diagnostic associé de TDAH et de TSA, appuyant par ailleurs l'intérêt d'un traitement par méthylphénidate chez les sujets comorbides [63].

Les troubles spécifiques des apprentissages, tels que les troubles de l'acquisition du langage oral ou écrit, les troubles de l'acquisition de la coordination, sont particulièrement fréquents chez les enfants souffrant de TDAH. Ces troubles persistent le plus souvent à l'âge adulte, et peuvent majorer les difficultés attentionnelles, en particulier dans la sphère académique et professionnelle. La persistance de troubles de la coordination motrice peut rendre difficile et parfois impossible l'obtention du permis de conduire.

Troubles du sommeil

Chez l'enfant et l'adulte, le TDAH s'associe dans 60 à 80% des cas à divers troubles du sommeil [64]. Par ses conséquences diurnes, la présence d'un trouble du sommeil contribue souvent à majorer la sévérité des symptômes du TDAH d'une part, et favorise la présence d'autres troubles associés, en particulier psychiatriques et métaboliques, d'autre part.

L'insomnie est l'une des plaintes les plus fréquemment observées chez les adultes souffrant de TDAH [64]. Son origine est certainement multifactorielle associant des altérations des rythmes circadiens, des facteurs de mauvaise hygiène de sommeil, l'effet potentiellement insomniant d'un traitement stimulant et la contribution d'une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive associée. Par ailleurs, le TDAH s'associe à des troubles intrinsèques du sommeil, en particulier le syndrome des jambes sans repos (SJSR) [65]. Il s'agit d'un trouble neurologique caractérisé par la présence de sensations désagréables dans les membres inférieurs obligeant le sujet à les bouger (impatiences), favorisées par l'immobilité et soulagées par le mouvement, survenant principalement en soirée et au cours de la nuit. Le SJSR, en lien avec une altération du métabolisme du fer intracérébral responsable d'un dysfonctionnement dopaminergique, partage des mécanismes physiopathologiques avec le TDAH. Son diagnostic est rarement porté, les impatiences pouvant être confondues avec les symptômes d'hyperactivité motrice du TDAH.

Les perturbations du sommeil altèrent la vigilance diurne, majorent l'inattention, l'impulsivité et peuvent exacerber les symptômes d'hyperactivité, le sujet s'activant pour se maintenir éveillé. Une somnolence diurne excessive est observée chez 40% des patients [66], avec un risque d'accident augmenté. La somnolence peut être aussi liée à une perturbation des systèmes d'éveil, et près de 25% des adultes souffrant de TDAH présentent en effet un syndrome d'hypersomnolence, caractérisé par un allongement de la durée du sommeil de nuit, une inertie du réveil et des accès de sommeil diurnes [66]. Un recoupement symptomatique et clinique existe ainsi entre le TDAH et la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique. Il n'est donc pas étonnant d'observer que la plupart des traitements pharmacologiques du TDAH sont également des molécules prescrites pour les hypersomnies.

Autres pathologies médicales associées au TDAH

Des travaux récents ont mis en évidence une augmentation majeure du risque de décès et une réduction de l'espérance de vie chez les adultes atteints de TDAH [67]. Les facteurs sous-jacents à ce risque de surmortalité semblent multiples, impliquant le risque accidentel, les conduites suicidaires, et des troubles médicaux non psychiatriques. Les associations les plus documentées concernent l'obésité, les pathologies allergiques ou dysimmunes comme l'asthme et la maladie cœliaque, ainsi que la migraine [68]. Des tableaux algiques chroniques ont également été associés au TDAH. Cette altération de l'état de santé des patients souffrant de TDAH s'associe à une augmentation majeure des dépenses de santé [69].

LA PRISE EN CHARGE DU TDAH CHEZ L'ADULTE

La prise en charge du TDAH chez l'adulte doit être multimodale, reposant sur des mesures non médicamenteuses, parfois complétées par un traitement pharmacologique. Deux objectifs d'intervention sont recherchés (**Figure 2**). Il s'agit premièrement de réduire le retentissement fonctionnel et le handicap liés au(x) trouble(s). Ces mesures reposent sur un travail de psychoéducation, des thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale et des mesures adaptatives, en particulier scolaires et professionnelles, via une reconnaissance du handicap. La prise en charge vise aussi une amélioration des symptômes, via des techniques non médicamenteuses telles que la rééducation attentionnelle, ou un traitement pharmacologique comme le méthylphénidate. Enfin, les troubles comorbides doivent faire l'objet d'une prise en charge spécifique et prioritaire, leur réduction pouvant conduire à une amélioration symptomatique du TDAH et de son retentissement fonctionnel.

Bien qu'il n'existe pas encore de recommandations formalisées et harmonisées au niveau européen, plusieurs sociétés savantes ont publié des consensus d'expert [3]. En France, il n'existe aucune recommandation d'expert formalisée pour le diagnostic et la prise en charge du TDAH chez l'adulte, contrairement aux recommandations récentes de la HAS portant sur le repérage du TDAH de l'enfant [70].

Les approches non médicamenteuses

Les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale appliquées au TDAH de l'adulte regroupent les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) d'une part, et les thérapies comportementales dialectiques et basées sur la méditation en pleine conscience d'autre part. Elles sont réalisées dans le cadre de prises en charge individuelles ou de groupe.

Les différents programmes structurés basés sur ces approches reposent sur l'optimisation des stratégies d'adaptation face aux symptômes du TDAH [71,72]. Le volet comportemental a pour objectif d'améliorer les capacités organisationnelles, la planification et la gestion du temps. La composante cognitive vise quant à elle les capacités du sujet à engager un changement durable, les stratégies de résolution de problèmes et les moyens de lutte contre la procrastination. D'autres programmes incluent également des composantes issues des thérapies dialectiques et de pleine conscience, ciblant en particulier la régulation émotionnelle, la gestion de la colère et de l'impulsivité et le lâcher prise.

Plusieurs de ces programmes ont fait l'objet d'études contrôlées afin d'en vérifier l'efficacité. Une revue Cochrane publiée en 2018, incluant 14 essais contrôlés randomisés évaluait les effets de ces thérapies chez 700 adultes souffrant de TDAH, en comparaison à des interventions spécifiques ou non spécifiques, en adjonction ou non à un traitement médicamenteux [73]. Du fait d'imprécision, d'incohérence et de limitations méthodologiques, le niveau de preuve est estimé entre très faible à modéré. Si ces résultats semblent peu convaincants, il est important de noter que le critère de jugement principal de la majorité de ces études reposait sur une amélioration symptomatique, alors que ces thérapies reposent essentiellement sur le développement de stratégies d'adaptation visant à limiter l'impact fonctionnel des symptômes, et non leur réduction. De nouvelles études cliniques de bonne

qualité méthodologique sont nécessaires, utilisant des outils d'évaluation du fonctionnement, adaptés aux objectifs thérapeutiques fixés par ces approches.

Contrairement aux TCC, les approches basées sur la rééducation attentionnelle comme le neurofeedback (NFB) et la remédiation cognitive ciblent non pas le fonctionnement, mais les processus neuropsychologiques défaillants à l'origine des symptômes du TDAH.

La remédiation cognitive dans le TDAH repose principalement sur l'entraînement de la mémoire de travail. La plupart des programmes existants s'appuient sur une interface informatique pour délivrer cet entraînement cognitif. L'un des outils de remédiation cognitive les plus étudiés et accessible en France est le programme COGMED. Les bénéfices de la remédiation cognitive dans le TDAH chez l'adulte sont contrastés. Si la plupart des études retrouvent une amélioration de la mémoire de travail, peu d'études démontrent par ailleurs une efficacité sur le plan fonctionnel. Un essai randomisé contrôlé récent retrouve une amélioration du fonctionnement en mémoire de travail, persistant six mois après l'intervention, sans cependant d'effet sur les symptômes d'inattention ou d'hyperactivité d'une part, et sur le fonctionnement au quotidien en lien avec les fonctions exécutives d'autre part [74].

La technique de NFB est une autre stratégie de rééducation attentionnelle guidée par la neurophysiologie [75]. Le NFB permet au sujet de contrôler des paramètres EEG reliés aux capacités attentionnelles. Un retour (« feedback ») positif est donné au sujet en temps réel lorsqu'il parvient à modifier les paramètres de l'EEG dans le « sens souhaité ». Contrairement à l'enfant, les études chez l'adulte sont encore rares [76]. La première étude d'ampleur chez les adultes, montrait une réduction des symptômes de TDAH, mais sans supériorité par rapport à un protocole « NFB placebo » ou une prise en charge en groupe de type TCC. Des études restent à mener afin de déterminer la pertinence du NFB dans cette population [77].

Enfin, le TDAH et ses comorbidités sont source d'un handicap sur les plans académique et professionnel. Les aménagements scolaires doivent être maintenus pour les adultes en formation. Du fait de difficultés d'accès et/ou de maintien dans l'emploi, les adultes souffrant de TDAH peuvent bénéficier d'une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé. Cependant, ce trouble n'ouvre actuellement aucun droit, en tant que tel, à une reconnaissance en Affection Longue Durée ou à l'Allocation Adulte Handicapé (loi 2005-102 du 11 Février 2005).

Le traitement pharmacologique

Le méthylphénidate est recommandé chez l'enfant de plus de 6 ans, lorsque les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes. Le méthylphénidate est le traitement médicamenteux recommandé en première ligne [5,70]. Il s'agit d'un traitement psychostimulant, dérivé de la pépidine. Il agit en augmentant la transmission dopaminergique et noradrénergique par inhibition de la recapture au niveau

synaptique. Les mécanismes en partie distincts de ceux observés pour les amphétamines (pas de relargage direct de dopamine à doses thérapeutiques) avec lesquelles il partage certaines analogies structurales [78]. La demi-vie d'élimination plasmatique moyenne du méthylphénidate est de 2 heures. Cependant, différentes galéniques existent, avec des profils d'absorption variables, permettant d'obtenir des durées d'action variables. En France, le méthylphénidate est disponible sous différentes galéniques : 1) en libération immédiate (LI) (RITALINE®), et 2) en libération prolongée (LP) (RITALINE LP®, QUASYM LP®, CONCERTA LP®, méthylphénidate MYLAN LP® et MEDIKINET LP®), la durée d'action la plus courte (2-4 heures) étant observée avec la RITALINE®, les formes à libération prolongée offrant des durées d'action plus conséquentes, d'environ 6-8h pour le MEDIKINET LP® et la RITALINE LP® et jusqu'à 10-12h avec le CONCERTA LP®. Le prescripteur doit par ailleurs être attentif au coût de chacune de ces différentes galéniques, variant du simple au triple pour la RITALINE et le CONCERTA LP®. La posologie habituelle est de 20 à 60 mg/j, en une, deux, voire trois prises par jour en fonction de la galénique.

Son initiation chez l'adulte s'effectue en dehors du champ couvert par l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Seules les formulations CONCERTA LP® et méthylphénidate MYLAN LP® peuvent être prescrites chez l'adulte dans le cadre de l'AMM lorsque ce traitement a été initié avant l'âge de 18 ans. La RITALINE® à libération immédiate bénéficie d'une AMM chez l'adulte, non pas pour le TDAH mais pour la narcolepsie. Pourtant, le méthylphénidate est largement prescrit dans de nombreux pays avec des données robustes en faveur d'un bon rapport bénéfice/risque [79]. D'après les recommandations du National Institut for Clinical Excellence (NICE), le méthylphénidate est un traitement médicamenteux de première ligne du TDAH de l'adulte, avec la lisdexamfétamine – VYVANSE®, cette dernière n'étant pas disponible en France [5]. Il est à noter cependant que certaines données d'efficacité parues concernant le méthylphénidate restent controversées [80]. En deuxième ligne, en cas de balance bénéfice/risque défavorable, l'utilisation d'autres molécules est possible, comme des traitements non stimulants comme l'atomoxétine – STRATTERA® (disponible en France dans le cadre d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation – ATU - nominative), la guanfacine LP – INTUNIV® et la clonidine – CATAPRESSAN®, seule molécule disponible en France, ne bénéficiant cependant pas d'AMM pour le TDAH. D'autres molécules disponibles en France pour d'autres indications ont fait l'objet d'investigations pour le traitement du TDAH, parmi elles le bupropion – ZYBAN® et le modafinil – MODIODAL® offrent des résultats contrastés [81]. La dexamfétamine – ATTENTIN® est disponible en France, mais uniquement dans le cadre d'une ATU nominative pour le traitement de la narcolepsie. Des perspectives thérapeutiques sont attendues dans les prochaines années, citons par exemple la Guanfacine LP – INTUNIV®, un traitement non stimulant qui a fait l'objet en 2017 d'un avis favorable de la commission de transparence de la Haute Autorité de Santé pour le traitement du TDAH chez l'enfant et l'adolescent, avec cependant un niveau de service médical rendu retenu comme faible. D'autres molécules prometteuses sont en cours d'évaluation, comme des formulations à libération prolongée de Mazindol [82] ou de viloxazine.

Il est important de rappeler qu'aucun traitement antidépresseur, neuroleptique ou anxiolytique ne bénéficie d'indication pour le traitement du TDAH. Ces molécules, encore trop souvent

prescrites dans le contexte du TDAH, n'apportent pas de bénéfices thérapeutiques sur les symptômes du TDAH, et exposent les patients à des effets secondaires voire un risque de mésusage.

Compte-tenu de ses propriétés dopaminergiques pouvant être à l'origine d'un mésusage, le méthylphénidate est soumis aux règles de prescription des stupéfiants. La prescription initiale, renouvelable par le médecin traitant, est réglementairement réservée aux spécialistes hospitaliers et/ou services hospitaliers spécialisés en neurologie, en psychiatrie ou en pédiatrie. Le méthylphénidate est prescrit pour une durée maximale de 28 jours, renouvelable mensuellement par tout autre médecin, ce dernier étant autorisé à effectuer des adaptations de posologie en fonction de la tolérance et de l'efficacité du traitement. La prescription doit être revue, et adaptée si besoin, au minimum une fois par an par le spécialiste hospitalier [83].

La prescription de méthylphénidate nécessite une surveillance particulière de potentiels effets indésirables qui sont principalement de nature :

- 1) neuropsychiatrique (insomnie, céphalées, bruxisme, irritabilité, anxiété, tics moteurs ou verbaux, fléchissement de l'humeur ou émoussement affectif, virage de l'humeur chez des patients avec un trouble bipolaire, survenue ou aggravation de troubles psychotiques) ;
- 2) cardiovasculaire (augmentation de la fréquence cardiaque et/ou de la tension artérielle, palpitations) ;
- 3) cérébrovasculaire (vascularite, artérite et/ou occlusion cérébrale) et
- 4) métabolique (baisse d'appétit, perte de poids, retentissement sur la croissance staturo-pondérale) [83].

La prescription de méthylphénidate en France fait l'objet d'une surveillance particulière par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM), par le biais des centres de pharmacovigilance et d'addictovigilance, afin de détecter et prévenir d'éventuels abus et mésusages.

Des recommandations françaises ont été établies concernant l'utilisation du méthylphénidate chez l'adulte dans le cadre de la narcolepsie [84]. Un bilan pré-thérapeutique cardiovasculaire n'est recommandé que chez les sujets présentant des antécédents personnels ou familiaux cardiovasculaires. La surveillance trimestrielle du poids, de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, ainsi que de l'état psychologique du patient par le médecin traitant est suffisante. Il n'y a pas lieu de faire une échographie cardiaque ou un holter ECG pendant le traitement par méthylphénidate, sauf en cas de symptômes d'allure cardiaque. L'administration de méthylphénidate pendant la grossesse n'est pas recommandée.

La prise en charge des troubles comorbides

La comorbidité étant la règle plutôt que l'exception dans le TDAH, il est primordial de détecter, mais également de prendre en charge, les troubles associés (**Tableau 2**).

L'insomnie et les troubles du rythme circadien peuvent justifier d'une TCC de l'insomnie et de mesures chronobiologiques. La TCC reste également un outil majeur pour la prise en charge d'un trouble anxieux ou de l'humeur associé au TDAH. Enfin, la dysrégulation émotionnelle en lien avec un trouble de personnalité borderline doit être prise en charge via les approches innovantes récentes de thérapies dialectiques et d'acceptation, dites de « troisième vague ».

Enfin, des précautions spécifiques doivent être prises concernant la prescription du méthylphénidate chez les sujets présentant certaines comorbidités. Par exemple, l'initiation de méthylphénidate chez des sujets présentant un trouble bipolaire ne doit s'effectuer que sous le couvert d'un traitement régulateur d'humeur stabilisé. Il n'est pas recommandé d'utiliser le méthylphénidate chez les sujets présentant des tics moteurs ou des symptômes psychotiques. Une vigilance s'impose pour la prescription chez des sujets présentant un trouble anxieux, une dépression non stabilisée ou un trouble des conduites alimentaires.

CONCLUSION

Au cours des deux dernières décennies, des progrès majeurs ont été accomplis pour la reconnaissance, le parcours de soins et la prise en charge du TDAH chez l'enfant en France. Ce développement profite actuellement peu aux adultes et des actions fortes devront être menées au cours de la prochaine décennie en leur faveur.

- 1) Nous plaçons pour une amélioration du repérage et du dépistage du TDAH, en particulier dans des populations à risque et issues de milieu socio-éducatif modeste. Des mesures de formation et de sensibilisation doivent être menées, en particulier auprès des médecins de premier recours et ceux intervenant en addictologie ou en milieu pénitentier.
- 2) Les consultations spécialisées en France restent trop rares et ne peuvent à ce jour répondre efficacement à une demande de soin grandissante, liée d'une part à la nécessité de poursuite des soins chez les jeunes adultes diagnostiqués dans l'enfance, et aussi aux diagnostics nouvellement portés à l'âge adulte. L'émergence d'équipes spécialisées pour l'évaluation et le diagnostic du TDAH chez les adultes doit être soutenue, afin également de valider de façon collégiale les décisions thérapeutiques.
- 3) Le retentissement fonctionnel et le handicap lié au TDAH doivent être mieux reconnus afin de mieux accompagner les adultes dans la formation et l'insertion professionnelle. Les mesures de reconnaissance du handicap, malgré le soutien important qu'elles peuvent apporter aux patients restent à la fois insuffisamment demandées et obtenues.
- 4) Si l'identification du trouble chez les adultes reste insuffisante, l'accès à une prise en charge adaptée l'est tout autant. Malgré des recommandations plaçant les interventions non médicamenteuses comme stratégies de première ligne dans le TDAH de l'adulte, la réalité

dans la pratique clinique est toute autre. Du fait de la rareté des professionnels de santé formés à ces approches non médicamenteuses spécifiques, dans bien des cas, seul un traitement pharmacologique est proposé aux adultes, en dehors du champ de l'AMM dans la majorité des cas. L'absence de remboursement du méthylphénidate constitue une perte de chance pour les nombreux patients dont la situation financière est souvent précaire. Les adultes nouvellement diagnostiqués subissent une double peine. Au-delà du retard diagnostique et de l'absence de prise en charge précoce, nombreux sont ceux qui se trouvent privés de soins adaptés.

5) Enfin, du fait des nombreuses comorbidités, des collaborations étroites doivent s'établir entre les spécialistes du TDAH et les soins de psychiatrie adulte, les soins en addictologie ou en médecine du sommeil. Proposer une séquence de traitement optimisée du TDAH et de la comorbidité est un défi qui nécessite une bonne connaissance des deux troubles et un lien entre professionnels.

Liens d'intérêt

S. W. L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts

O. M. Orateur pour Indivior et Shire. Conférences: invitation en qualité d'auditeur pour Indivior et Shire

A. I. L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts

M. B. L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts

C. C. L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts

C. K. L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts

J-A. M-F. L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts

S. B. Conférences : invitation en qualité d'intervenant par Mensia, Urgo, HAC pharma and Shire.

N. P. Conférences: invitation en qualité d'intervenant pour Lundbeck et OpoPharma

A. S. L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts

L. C. Conférences : invitation en qualité d'intervenant pour Lundbeck et Indivior, invitation en qualité d'auditeur pour Indivior

M. G. Conférences: invitation en qualité d'auditeur par HAC-Pharma

R. L. Conférences : invitations en qualité d'intervenant pour Shire et UCB Pharma.

Financement

Aucun

Références

- [1] Raman SR, Man KKC, Bahmanyar S, et al. Trends in attention-deficit hyperactivity disorder medication use: a retrospective observational study using population-based databases. *Lancet Psychiatry* 2018;5:824–35.
- [2] Micoulaud-Franchi J-A, Weibel S, Weiss M, et al. Validation of the French Version of the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Self-Report in a Large Cohort of Adult Patients With ADHD. *J Atten Disord* 2018;1087054718797434.
- [3] Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry* 2019;56:14–34.
- [4] CADDRA CADHDRA. Canadian ADHD practice guidelines. CADDRA Toronto; 2011.
- [5] National Institute for Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management | Guidance and guidelines | NICE 2018. Available from: URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/chapter/Recommendations#medication> (accessed October 27, 2018).
- [6] Lecendreux M, Konofal E, Faraone SV. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *J Atten Disord* 2011;15:516–24.
- [7] Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942–8.
- [8] Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006;36:159–65.
- [9] van Lieshout M, Luman M, Twisk JWR, et al. A 6-year follow-up of a large European cohort of children with attention-deficit/hyperactivity disorder-combined subtype: outcomes in late adolescence and young adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25:1007–17.
- [10] Barbaresi WJ, Weaver AL, Voigt RG, et al. Comparing Methods to Determine Persistence of Childhood ADHD Into Adulthood: A Prospective, Population-Based Study. *J Atten Disord* 2018;22:571–80.
- [11] Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716–23.
- [12] Caci HM, Morin AJ, Tran A. Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample. *J Nerv Ment Dis* 2014;202:324–32.
- [13] Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Deficit Hyperact Disord* 2017;9:47–65.
- [14] Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, et al. Underdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adult Patients: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord* 2014;16.
- [15] Korsgaard HO, Torgersen S, Wentzel-Larsen T, et al. Personality disorders and Axis I comorbidity in adolescent outpatients with ADHD. *BMC Psychiatry* 2016;16:175.
- [16] Miller CJ, Flory JD, Miller SR, et al. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1477–84.
- [17] Sibley MH, Pelham WE, Molina BSG, et al. Diagnosing ADHD in adolescence. *J Consult Clin Psychol* 2012;80:139–50.
- [18] Buitelaar JK. Optimising treatment strategies for ADHD in adolescence to minimise “lost in transition” to adulthood. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017;26:448–52.

- [19] Moffitt TE, Houts R, Asherson P, et al. Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry* 2015;172:967–77.
- [20] Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, et al. Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry* 2016;73:713–20.
- [21] Caye A, Rocha TB-M, Anselmi L, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome. *JAMA Psychiatry* 2016;73:705–12.
- [22] Lopez R, Micoulaud-Franchi J-A, Galera C, et al. Is adult-onset attention deficit/hyperactivity disorder frequent in clinical practice? *Psychiatry Res* 2017;257:238–41.
- [23] Camodeca L, Micoulaud-Franchi J-A, Gabelle A, et al. Que deviennent nos vieux hyperactifs ? Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité chez la personne âgée. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* 2015;15:346–52.
- [24] Larsson H, Dilshad R, Lichtenstein P, et al. Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: genetic effects, family risk and associated psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52:954–63.
- [25] Asherson P, Buitelaar J, Faraone SV, et al. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *Lancet Psychiatry* 2016;3:568–78.
- [26] Kooij JJS. *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment*. 3rd ed. London: Springer-Verlag; 2013.
- [27] Biederman J, Faraone SV. The Effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Employment and Household Income. *Medscape Gen Med* 2006;8:12.
- [28] Doshi JA, Hodgkins P, Kahle J, et al. Economic impact of childhood and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51:990-1002.e2.
- [29] Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, et al. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med* 2012;367:2006–14.
- [30] Chang Z, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, et al. Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. *JAMA Psychiatry* 2014;71:319–25.
- [31] Kessler RC, Adler L, Ames M, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005;35:245–56.
- [32] Ustun B, Adler LA, Rudin C, et al. The World Health Organization Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry* 2017;74:520–6.
- [33] Caci H, Bouchez J, Baylé FJ. An aid for diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder at adulthood: psychometric properties of the French versions of two Wender Utah Rating Scales (WURS-25 and WURS-K). *Compr Psychiatry* 2010;51:325–31.
- [34] Mostert JC, Onnink AMH, Klein M, et al. Cognitive heterogeneity in adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: a systematic analysis of neuropsychological measurements. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol* 2015;25:2062–74.
- [35] Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256 Suppl 1:i26-31.
- [36] Perroud N, Cordera P, Zimmermann J, et al. Comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and bipolar disorder in a specialized mood disorders outpatient clinic. *J Affect Disord* 2014;168:161–6.

- [37] Weibel S, Nicastro R, Prada P, et al. Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline personality disorder. *J Affect Disord* 2018;226:85–91.
- [38] Dunlop BW, Wu R, Helms K. Performance of the Adult ADHD Self-Report Scale-v1.1 in Adults with Major Depressive Disorder. *Behav Sci Basel Switz* 2018;8.
- [39] 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.
- [40] Giupponi G, Giordano G, Maniscalco I, et al. Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Danub* 2018;30:2–10.
- [41] Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005;57:1467–73.
- [42] Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1776–84.
- [43] Torres I, Gómez N, Colom F, et al. Bipolar disorder with comorbid attention-deficit and hyperactivity disorder. Main clinical features and clues for an accurate diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132(5):389-99.
- [44] Richard-Lepouriel H, Etain B, Hasler R, et al. Similarities between emotional dysregulation in adults suffering from ADHD and bipolar patients. *J Affect Disord* 2016;198:230–6.
- [45] Schatz DB, Rostain AL. ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *J Atten Disord* 2006;10:141–9.
- [46] Skoglund C, Chen Q, Franck J, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for substance use disorders in relatives. *Biol Psychiatry* 2015;77:880–6.
- [47] Capusan AJ, Kuja-Halkola R, Bendtsen P, et al. Childhood maltreatment and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adults: a large twin study. *Psychol Med* 2016:1–10.
- [48] Gjervan B, Torgersen T, Nordahl HM, et al. Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2012;16:544–52.
- [49] Estévez N, Dey M, Eich-Höchli D, et al. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and its association with substance use and substance use disorders in young men. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016;25:255–66.
- [50] Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, et al. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol* 2008;43:300–4.
- [51] Notzon DP, Pavlicova M, Glass A, et al. ADHD Is Highly Prevalent in Patients Seeking Treatment for Cannabis Use Disorders. *J Atten Disord* 2016.
- [52] Mariani JJ, Khantzian EJ, Levin FR. The self-medication hypothesis and psychostimulant treatment of cocaine dependence: an update. *Am J Addict* 2014;23:189–93.
- [53] Chang Z, Lichtenstein P, Halldner L, et al. Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55:878–85.
- [54] Quinn PD, Chang Z, Hur K, et al. ADHD Medication and Substance-Related Problems. *Am J Psychiatry* 2017;174:877–85.
- [55] Kaisari P, Dourish CT, Higgs S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and disordered eating behaviour: A systematic review and a framework for future research. *Clin Psychol Rev* 2017;53:109–21.

- [56] Himmerich H, Treasure J. Psychopharmacological advances in eating disorders. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2018;11:95–108.
- [57] Matthies S, Philipsen A. Comorbidity of Personality Disorders and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)-Review of Recent Findings. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18:33.
- [58] Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MAR, et al. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:1295–303.
- [59] van Dijk FE, Lappenschaar M, Kan CC, et al. Symptomatic overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder in women: the role of temperament and character traits. *Compr Psychiatry* 2012;53:39–47.
- [60] Ni H-C, Gau SS-F. Co-occurrence of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms with other psychopathology in young adults: parenting style as a moderator. *Compr Psychiatry* 2015;57:85–96.
- [61] Prada P, Nicastro R, Zimmermann J, et al. Addition of methylphenidate to intensive dialectical behaviour therapy for patients suffering from comorbid borderline personality disorder and ADHD: a naturalistic study. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* 2015:1–11.
- [62] Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:775–89.
- [63] Davis NO, Kollins SH. Treatment for co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Neurother J Am Soc Exp Neurother* 2012;9:518–30.
- [64] Diaz-Roman A, Mitchell R, Cortese S. Sleep in adults with ADHD: Systematic review and meta-analysis of subjective and objective studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2018;89:61–71.
- [65] Roy M, de Zwaan M, Tuin I, et al. Association Between Restless Legs Syndrome and Adult ADHD in a German Community-Based Sample. *J Atten Disord* 2018;22:300–8.
- [66] 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* 2018:1087054718775826.
- [67] Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, et al. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet* 2015;385:2190–6.
- [68] Instanes JT, Klungøy K, Halmøy A, et al. Adult ADHD and Comorbid Somatic Disease: A Systematic Literature Review. *J Atten Disord* 2018;22:203–28.
- [69] Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics* 2005;23:93–102.
- [70] Haute Autorité de Santé. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Saint-Denis La Plaine: 2014.
- [71] Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010;304:875–80.
- [72] Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J, et al. Efficacy of Meta-Cognitive Therapy (MCT) for Adult ADHD. *Am J Psychiatry* 2010;167:958–68.
- [73] Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;3:CD010840.

- [74] Dentz A, Guay M-C, Parent V, et al. Working Memory Training for Adults With ADHD. *J Atten Disord* 2017;1087054717723987.
- [75] Arns M, Batail J-M, Bioulac S, et al. Neurofeedback: One of today's techniques in psychiatry? *L'Encephale* 2017;43:135–45.
- [76] Micoulaud-Franchi J-A, Geoffroy PA, Fond G, et al. EEG neurofeedback treatments in children with ADHD: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Hum Neurosci* 2014;8:906.
- [77] Schönenberg M, Wiedemann E, Schneidt A, et al. Neurofeedback, sham neurofeedback, and cognitive-behavioural group therapy in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a triple-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2017; 4:673-84.
- [78] Faraone SV. The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: Relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. *Neurosci Biobehav Rev* 2018;87:255–70.
- [79] Cunill R, Castells X, Tobias A, et al. Efficacy, safety and variability in pharmacotherapy for adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis and meta-regression in over 9000 patients. *Psychopharmacology (Berl)* 2016;233:187–97.
- [80] Epstein T, Patsopoulos NA, Weiser M. Immediate-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014:CD005041.
- [81] Cortese S, Adamo N, Giovane CD, 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;5:727–38.
- [82] Wigal TL, Newcorn JH, Handal N, et al. A Double-Blind, Placebo-Controlled, Phase II Study to Determine the Efficacy, Safety, Tolerability and Pharmacokinetics of a Controlled Release (CR) Formulation of Methylphenidate in Adults with DSM-5 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *CNS Drugs* 2018;32:289–301.
- [83] ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France - Point d'Information 2017. Available from: URL: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Methylphenidate-donnees-d-utilisation-et-de-securite-d-emploi-en-France-Point-d-Information> (accessed December 12, 2018).
- [84] Lopez R, Arnulf I, Drouot X, et al. French consensus. Management of patients with hypersomnia: Which strategy? *Rev Neurol (Paris)* 2017;173:8–18.
- [85] Marchant BK, Reimherr FW, Wender PH, et al. Psychometric properties of the Self-Report Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale. *Ann Clin Psychiatry* 2015;27:267–77.
- [86] Brod M, Johnston J, Able S, et al. Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil* 2006;15:117–29.
- [87] Weibel S, Micoulaud-Franchi J-A, Brandejsky L, et al. Psychometric Properties and Factor Structure of the Short Form of the Affective Lability Scale in Adult Patients With ADHD. *J Atten Disord* 2017;1087054717690808.

Tableau 1 : Outils psychométriques utiles pour l'évaluation du TDAH de l'adulte

| Outils | Dimensions étudiées | Validation psychométrique | Modalités d'évaluation | Nombre d'items | Remarques |
|---------------|---|---------------------------------------|--|----------------|--|
| WURS | Inattention Troubles du comportement Problèmes émotionnels | Traduction et validation en français. | Auto-évaluation | 61 - 25 | Evaluation rétrospective des symptômes pendant l'enfance. Deux versions sont disponibles mais celle à 25 items est préférable. Un score ≥ 36 a une sensibilité et une spécificité de 96% ; un score ≥ 46 identifie correctement 86% des TDAH et 99% des sujets sains [33]. |
| ASRS screener | Inattention Hyperactivité/ Impulsivité | Traduction et validation en français. | Auto-évaluation | 6 | Positif si ≥ 4 items positifs (zone grisée) sur 6. D'après Kessler [31], les caractéristiques intrinsèques de l'ASRS Screener sont meilleures que celles de l'ASRS-18 |
| ASRS-18 | Inattention Hyperactivité/ Impulsivité | Traduction et validation en français. | Auto-évaluation | 18 | Seuil à 24/36 pour chaque dimension (Inattention et Hyperactivité/ impulsivité) suggère un TDAH. [31] |
| ASRS-5 | Inattention, Hyperactivité/Impulsivité, fonctions exécutives | Traduction en français seulement. | Auto-évaluation | 6 | Version dérivée des symptômes du DSM-5 et de symptômes associés au TDAH, dont les difficultés en lien avec les troubles dysexécutifs. [32] |
| CAARS | Inattention Hyperactivité Impulsivité/ Labilité émotionnelle Estime de soi | Traduction en français seulement. | Auto-évaluation et observateur | 26 - 66 | Différentes versions (longues ou courtes, cotation par patient ou entourage). Chaque sous-score obtenu est interprété en fonction du sexe et de l'âge du patient. Sensible mais peu spécifique. |
| WRAADDs | Inattention / Désorganisation Hyperactivité / Impulsivité /Dysrégulation émotionnelle / Tempérament / Opposition / Retentissement | Traduction en français seulement. | Version en Hétéro et en au Auto-évaluation | 71 | Echelle évaluant de nombreuses dimensions symptomatiques (critères de l'Utah) non prises en compte par les critères du DSM. [85] |
| DIVA 2.0 | Inattention Hyperactivité/ impulsivité | Traduction en français seulement. | Hétéro-évaluation | 18 | Entretien semi-structuré basé sur DSM-IV. Une version basée sur le DSM-5 est en préparation. La présence (à partir de 17 ans) de 5/9 symptômes d'inattention et/ ou de 5/9 symptômes d'hyperactivité/ impulsivité est en faveur du diagnostic. [26] |
| ACE + | Inattention Hyperactivité/ impulsivité | Traduction en français seulement. | Hétéro-évaluation | | Entretien semi-structuré basé sur les critères CIM10 et DSM-5. |
| WFIRS | Evaluation du Retentissement : | Traduction et validation | Auto-évaluation | 69 | Echelle d'évaluation du retentissement du TDAH dans 7 |

| | | | | | |
|-------|---|---|-----------------|----|---|
| | Familial, Professionnel, Scolaire, Aptitudes en vie quotidienne, Estime de soi, Fonctionnement social, Comportements à risque | en français. | | | domaines majeurs de la vie. Des scores peuvent être calculés, pour chaque domaine avec des propositions de seuils problématiques. [2] |
| AAQoL | Qualité de vie : 4 domaines : Productivité dans la vie quotidienne, Santé psychologique, Relations and Vision de la vie | Traduction en français seulement. | Auto-évaluation | 29 | Echelle de qualité de vie en lien avec les difficultés liées au TDAH. [86] |
| ALS | Dysrégulation émotionnelle | Traduction et validation en français (notamment chez patients avec TDAH). | Auto-évaluation | 18 | Echelle de mesure quantitative de la dérégulation émotionnelle. Pas de seuil pathologique déterminé. [87] |

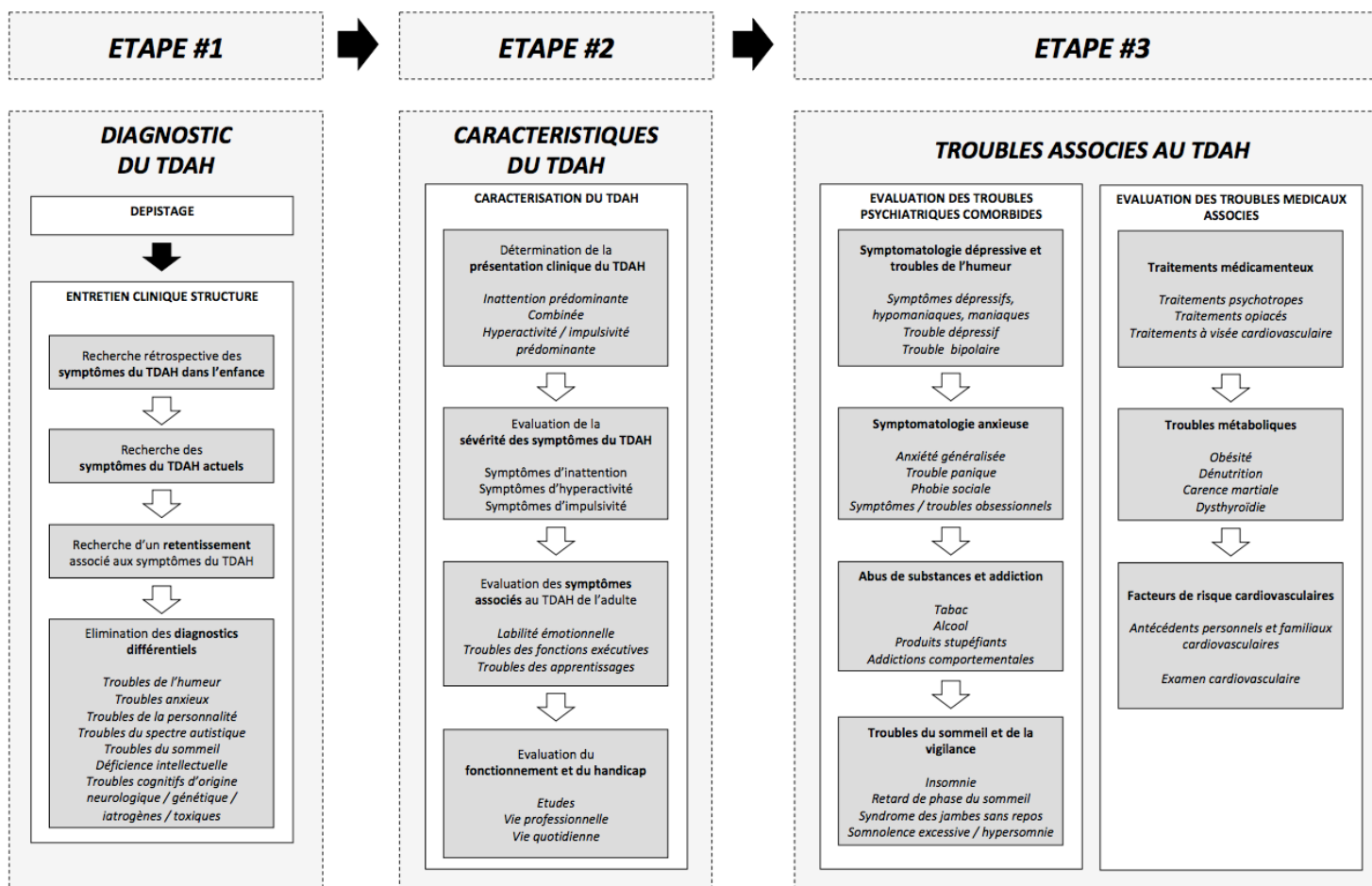
Abbreviations : AAQoL, Adult ADHD Quality Of Life ; ALS, Affective Liability Scale ; ACE+, ADHD Child Evaluation + ; ASRS, Adult ADHD Self-Report Scale ; CAARS, Conners Adult ADHD rating Scales; DIVA 2.0, Diagnostic Interview for ADHD in Adults ; WFIRS, Weiss Functional Impairment Rating Scale; WRAADDS, Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale ; WURS, Wender Utah Rating Scale.

Tableau 2 : Considérations pratiques pour la prise en charge du TDAH et des troubles comorbides.

| Trouble associé | Considérations pour la prise en charge |
|---|---|
| Trouble dépressif | <ul style="list-style-type: none"> • Un épisode dépressif caractérisé doit faire l'objet d'une prise en charge optimale avant d'envisager celle du TDAH. • Les antidépresseurs peu sédatifs et non tricycliques sont à privilégier (ex. antidépresseurs noradrénergiques). |
| Trouble bipolaire | <ul style="list-style-type: none"> • Le risque de virage de l'humeur sous méthylphénidate existe, mais reste bien inférieur à celui observé avec les antidépresseurs. • La prescription de méthylphénidate est possible, après obtention d'une euthymie et en association avec un régulateur d'humeur. • Les régulateurs d'humeur peu sédatifs et non antipsychotiques sont à privilégier (ex. lamotrigine, sels de lithium). |
| Trouble de la personnalité | <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement psychothérapeutique des troubles de la personnalité est plus efficace si le TDAH associé est traité. • L'impulsivité, notamment dans le trouble de la personnalité borderline, peut être améliorée par le traitement d'un TDAH associé. • Un traitement par méthylphénidate peut être envisagé après avoir pris en compte les troubles liés à l'usage de substances, fréquents dans les troubles de la personnalité. |
| Trouble anxieux | <ul style="list-style-type: none"> • La prescription de méthylphénidate doit être envisagée avec prudence si un trouble anxieux non stabilisé est associé, du fait du risque d'exacerbation des symptômes via les propriétés stimulantes et sympathomimétiques de la molécule. • L'atomoxétine ou la clonidine peuvent représenter une alternative au méthylphénidate dans cette situation. • Les benzodiazépines peuvent aggraver les troubles attentionnels et majorer la sédation. |
| Troubles de l'utilisation de substances | <ul style="list-style-type: none"> • La prescription de méthylphénidate est possible si un trouble de l'utilisation des substances est associé, avec une surveillance spécifique. • Les formes de méthylphénidate à libération prolongée sont à privilégier par rapport à la libération immédiate. • La galénique du CONCERTA® et son mécanisme de libération par pompe osmotique rend son usage détourné plus difficile que les formes encapsulées. • La clonidine est une option thérapeutique à envisager si le risque d'usage détourné du méthylphénidate apparaît important. • Le méthylphénidate peut s'associer à une augmentation du craving et des consommations de produits, notamment la consommation tabagique. • Le bupropion est une option thérapeutique à envisager pour le sevrage tabagique chez les adultes souffrant de TDAH. |

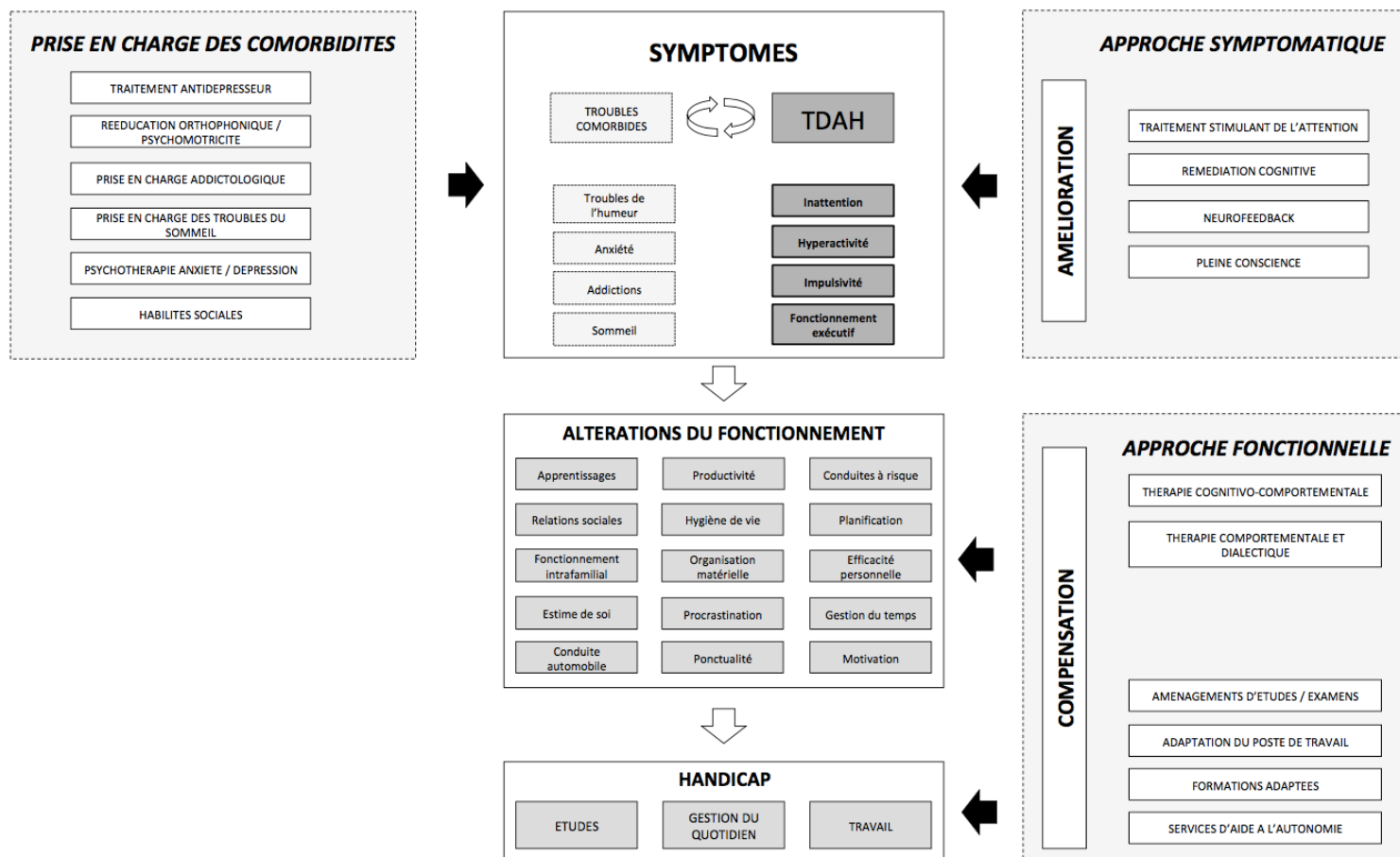
| | |
|-------------------------------------|---|
| Troubles des conduites alimentaires | <ul style="list-style-type: none"> • La prescription de méthylphénidate doit être envisagée avec prudence dans le contexte d'un trouble des conduites alimentaires, du fait des effets hyporexigènes de la molécule. • Des molécules non stimulantes comme l'atomoxétine ou la clonidine peuvent représenter une alternative. |
| Insomnie | <ul style="list-style-type: none"> • Le méthylphénidate peut être responsable d'une insomnie. Il est préférable d'utiliser des formes à libération plus courte, avec une prise à distance du coucher. • L'insomnie dans le TDAH doit faire l'objet en premier lieu d'une prise en charge en thérapie cognitivo-comportementale. La clonidine à faible dose au coucher peut être envisagée en cas d'échec. |
| Troubles du rythme circadien | <ul style="list-style-type: none"> • Des mesures chronobiologiques de resynchronisation doivent être proposées, en particulier l'imposition d'un lever précoce, la limitation d'exposition lumineuse au coucher et la luminothérapie au réveil. • La mélatonine en préparation magistrale peut être envisagée en prise à horaire fixe en début de soirée. |
| Syndrome des jambes sans repos | <ul style="list-style-type: none"> • La présence d'un syndrome des jambes sans repos doit faire rechercher une carence martiale associée, qu'il convient de supplémer dès un taux de ferritine inférieur à 50 ng/ml. • La prescription d'agoniste dopaminergique est possible dans le cadre d'un syndrome des jambes sans repos chez les adultes souffrant de TDAH. |
| Hypersomnolence | <ul style="list-style-type: none"> • La présence d'une somnolence excessive, en particulier en cas de surpoids doit faire rechercher et traiter un syndrome d'apnées du sommeil. • Le modafinil peut être une alternative au méthylphénidate dans le cadre d'une hypersomnolence associée au TDAH. |

Figure 1 : Principes de l'évaluation initiale d'un TDAH chez l'adulte



Légende figure 1 : La première étape de l'évaluation vise à établir le diagnostic du TDAH. A partir d'arguments recueillis via des outils de dépistage, un interrogatoire détaillé recherche la présence rétrospective de symptômes avant l'âge de 12 ans puis la présence de symptômes au cours des 6 derniers mois. La recherche d'un retentissement fonctionnel et l'élimination de diagnostics différentiels potentiels permettent d'établir le diagnostic. La deuxième étape permet de caractériser les troubles (présentation clinique, sévérité des symptômes centraux, symptômes associés au TDAH et degré de handicap). Enfin la dernière étape recherche des troubles associés, psychiatriques et addictologiques ainsi que médicaux, afin d'établir un plan de prise en charge global.

Figure 2 : Principes de la prise en charge du TDAH chez l'adulte



Légende figure 2 : La prise en charge du TDAH repose premièrement sur des approches symptomatiques, non médicamenteuses et/ou pharmacologiques, ciblant les symptômes du TDAH. Un deuxième volet est celui de la prise en charge des troubles associés. Enfin, une approche fonctionnelle, vise à réduire le retentissement lié au TDAH, via des mesures comportementales et de reconnaissance du handicap