

Trouble du déficit de l'attention / hyperactivité à l'âge adulte

M.Sc. Sophie Maria Beck^a, M.Sc. Thomas Firmin^a, Prof. Dr méd. Jochen Mutschler^{a,b},
Prof. Dr méd. Thomas J. Müller^{a,c}

^a Privatklinik Meiringen, Willigen, Meiringen; ^b Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich;

^c Zentrum für Translationale Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern

Près de 50% des enfants et adolescents présentant un trouble du déficit de l'attention / hyperactivité en souffrent également à l'âge adulte. L'objectif du traitement multimodal est de renforcer les facultés des personnes concernées en se fondant sur les ressources et de prévenir les déficits fonctionnels et facteurs de risque.

Introduction

Le trouble du déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) à l'âge adulte était encore une rareté médicale au début des années 2000 en raison de l'absence de diagnostic. Il était souvent supposé que l'état des patients et patientes ayant souffert de TDAH ou d'un psychosyndrome organique (PSO) durant l'enfance ou l'adolescence se normaliserait une fois l'âge adulte atteint. Cela est démenti par des données épidémiologiques selon lesquelles près de la moitié des enfants et adolescents atteints de TDAH en souffrent également à l'âge adulte, affichant parfois une adaptation de la symptomatologie. Comme la présence de ce trouble peut être marquée d'une souffrance considérable non seulement pour les patientes et patients, mais aussi pour leur entourage, notamment la famille et l'employeur, un diagnostic fondé – faisant également la distinction avec d'autres maladies éventuelles – ainsi qu'un traitement professionnel sont nécessaires. Cela justement car, après l'établissement réussi du diagnostic, il est tout à fait possible d'aider les patientes et patients atteints de TDAH en combinant pharmacothérapie, coaching, psychothérapie et méthodes somatiques. A condition toutefois de ne pas se contenter de prescrire des médicaments, mais d'accompagner correctement les patientes et patients. La synthèse suivante reflète l'état actuel en neurobiologie, épidémiologie, diagnostic et traitement.



Sophie Maria Beck

Neurobiologie du TDAH

Jusqu'à présent, les résultats neurobiologiques du TDAH sont hétérogènes. Il reste à déterminer dans

quelle mesure il s'agit du tronçon phénotypique terminal de divers troubles ou encore d'un trouble ou d'une maladie au sens strict. En principe, l'intégration dysfonctionnelle des circuits fronto-striatal, fronto-cérébelleux et cortico-amygdalien est présumée [1]. En supposant un déficit dopaminergique, il existe des indications d'autres déficits ou troubles au niveau du système sérotoninergique et du système noradrénergique. Cette vision est étayée au vu de l'effet des stimulants qui agissent comme des inhibiteurs de la recapture de la dopamine, augmentent le taux de dopamine dans la fente synaptique et exercent un effet indirect sur d'autres systèmes de neurotransmetteurs [2].

Une multitude d'études montre en outre des composantes génétiques évidentes. Des études réalisées sur des jumeaux révèlent une héritabilité d'environ 74% [3]. Une étude actuelle du «Brain Storm Consortium» montre, au moyen d'un grand échantillon, qu'il existe des chevauchements génétiques dans le domaine des maladies psychiatriques avec des troubles dépressifs récidivants, des troubles bipolaires et la schizophrénie. L'échantillon permet aussi d'observer une corrélation significative avec la migraine [4]. D'autres études fournissent par ailleurs des indications de mutations uniques sur des gènes déterminants pour le développement cérébral [5].

Outre les modifications génétiques, des signes de lésions pré-, péri- et post-natales sont observés. Des maladies infectieuses durant la grossesse, l'abus d'alcool, de nicotine et d'autres substances addictives ainsi que l'hypothyroïdie peuvent notamment prédestiner au TDAH [6]. En phases péri- et post-natale, divers traumatismes cérébraux, méningites, encéphalites et autres troubles peuvent également accroître le risque

de développement du TDAH [2, 7]. Des études faisant appel à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle montrent une diminution de l'activité des réseaux cérébraux qui déterminent les fonctions exécutives et l'attention.

Globalement, une héritabilité accrue peut donc être supposée. Cela concorde avec le fait qu'il n'est pas rare que des parents d'enfants atteints de TDAH consultent pour la première fois en vue d'un diagnostic car ils se reconnaissent dans la symptomatique de leurs enfants. Enfin, la pathogenèse du TDAH ne s'explique toutefois pas totalement et nécessite de poursuivre les efforts de recherche. En raison de l'abondance des données génétiques et fournies par l'imagerie, des progrès sont justement attendus des nouvelles possibilités dans le traitement de vastes ensembles de données avec les algorithmes de «deep learning» [9].

Epidémiologie du TDAH

Déjà dans le «Struwwelpeter» de Heinrich Hoffmann, Philippe-le-surexcité représentait le type hyperactif du TDAH [10]. Même si le diagnostic est de plus en plus souvent établi à l'âge adulte, rien n'indique une augmentation du TDAH au fil du temps; il faut davantage présumer que la hausse des dernières années est due à l'amélioration du diagnostic et de la «prise de conscience».

La persistance de la symptomatique du TDAH de l'enfance à l'âge adulte est attendue dans près de 40–60% des cas. Selon le pays, une prévalence ponctuelle d'environ 3–4% est observée. Une prévalence ponctuelle de 3,1% a notamment été indiquée pour l'Allemagne [11], ce qui correspond approximativement à celle de la Suisse.

Il existe un rapport entre hommes et femmes de 1,5:1, sachant qu'il est à supposer que le TDAH est probablement sous-diagnostiqué chez les femmes. Eventuellement, ce sont plutôt les types inattentifs qui se distinguent chez les femmes, tandis que les types hyperactifs sont davantage mis en évidence chez les hommes. Une étude de longue durée réalisée en Nouvelle-Zélande, qui avait suivi au total 1037 hommes et femmes âgés de 38 ans depuis 1972, a montré, comme il pouvait être attendu, une prévalence du TDAH de 6% durant l'enfance et l'adolescence. A l'âge adulte, la prévalence était de 3%. Toutefois, il est intéressant de constater que les individus ne coïncident guère entre les deux groupes. Reste à savoir dans quelle mesure il s'agit ici d'un deuxième pic de maladie à l'âge adulte, les données ne sont pas entièrement comprises en tant que telles; il s'agit peut-être de problèmes méthodologiques [12].

Handicaps fonctionnels et conséquences du TDAH

Le TDAH ne requiert en soi pas de traitement, mais de nombreux patients et patientes atteints de TDAH présentent des handicaps fonctionnels significatifs susceptibles de leur porter préjudice dans le contexte social et au quotidien professionnel. Il est connu de la littérature que les personnes atteintes de TDAH nécessitent 33% plus d'admissions en urgence, consultent dix fois plus souvent un ou une médecin, comptent cinq fois plus de prescriptions ambulatoires et trois fois plus de séjours stationnaires. Elles présentent en outre un risque accru d'accident de voiture [13]. Finalement, cela contribue aussi à des coûts plus élevés pour le système de santé [14].

Dans les familles peuvent survenir davantage de crises émotionnelles, une estime personnelle décriée, un mode de vie chaotique ainsi qu'un quotidien familial stressé. Dans le monde de l'éducation et du travail s'observent, malgré une bonne intelligence, un statut professionnel plus bas et des absences répétées au travail. Ces dernières ont pour conséquence que les adultes atteints de TDAH assurent des performances ne répondant pas à leurs compétences et ne peuvent pas exploiter leur plein potentiel [15]. Dans l'environnement social, des difficultés sont également rencontrées avec les relations amicales, la gestion de l'argent et il existe finalement un risque accru de comportement criminel. De plus, il est connu que les individus atteints de TDAH connaissent beaucoup plus d'interruptions scolaires, n'obtiennent souvent aucun diplôme d'études secondaires ou abandonnent leur éducation ou formation [16].

Troubles comorbides

Les adultes touchés par le TDAH effectuent rarement un séjour psychiatrique stationnaire uniquement en raison du diagnostic de TDAH. Il survient plutôt d'autres troubles psychiques, initialement ou de manière concomitante à un TDAH. Les comorbidités fréquentes du TDAH de l'adulte incluent des troubles affectifs, une dépendance aux substances, des troubles de la personnalité, des troubles anxieux et des troubles du spectre autistique [17].

Du côté somatique, il existe un risque accru d'obésité, dû à une composante génétique commune, mais un risque inférieur de diabète [14], ainsi qu'une augmentation des risques d'asthme [18] et de lésions notamment en raison d'un comportement à risque dans le domaine du sport et de la conduite [19].

Le tableau 1 fournit un aperçu des diagnostics différentiels et comorbidités du TDAH.

Tableau 1: Diagnostics différentiels et comorbidités du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).

Diagnostics différentiels	Troubles cérébraux organiques et métaboliques
	Troubles liés aux drogues et médicaments
	Troubles affectifs
	Troubles anxieux et compulsifs
	Troubles de la personnalité
	Trouble de stress post-traumatique
	Schizophrénie/ troubles psychotiques
	Syndrome d'apnées du sommeil
	Syndrome des jambes sans repos
Comorbidités	Troubles du sommeil
	Dépendance aux substances
	Troubles anxieux
	Troubles affectifs (dépression/ troubles bipolaires)
	Troubles de la personnalité
	Troubles du comportement alimentaire
	Troubles tic
	Troubles du spectre de l'autisme
	Dysfonctionnements partiels (dyslexie/ dyscalculie)

Diagnostic du TDAH

L'indication d'un examen du TDAH peut consister en des introspections ou des observations par des tiers nécessitant un diagnostic au vu du schéma symptomatique connu du TDAH. Des performances effectives en deçà de leurs propres capacités sont souvent décrites chez les personnes concernées. De même, des problèmes organisationnels, des déficits cognitifs (concentration de l'attention, tendance à la distraction, perte de mémoire, etc.), un comportement impulsif (activités sportives à risque, comportement addictif, consommation de substances) ou une forte agitation intérieure ou motrice extérieure peuvent nécessiter une évaluation différenciée.

Les tests de dépistage du TDAH, comme la «Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist» (ASRS-V1.1) ou le dépistage du TDAH chez l'adulte, fournissent une première impression sur la présence de symptômes du TDAH à l'âge adulte et aboutissent à un diagnostic approfondi en cas de résultat positif [20]. Dans l'hypothèse que les symptômes du TDAH se manifestent dès un âge précoce, le diagnostic consiste, dans un deuxième temps, à rechercher de manière rétrospective la présence de difficultés dans l'enfance. Les symptômes clés du TDAH (déficit de l'attention, hyperactivité/ agitation intérieure et impulsivité) sont évalués par les personnes concernées elles-mêmes ainsi que par des proches de l'environnement social. Le degré des symptômes joue alors un rôle, bien que, selon les directives, des handicaps fonctionnels au moins modérés doivent être présents pour suggérer un diagnostic. Les handicaps dus au TDAH peuvent se mani-

fester dans différents domaines de la vie, mais parfois être longtemps dissimulés par des ressources cognitives, ce qui s'observe en particulier chez les adultes atteints de TDAH qui ne présentaient pas ou peu de déficits fonctionnels sur le plan scolaire et/ou professionnel avant le diagnostic. Diverses sources d'informations sont utilisées pour l'évaluation rétrospective des symptômes du TDAH dans l'enfance. Des questionnaires permettent de pondérer entre eux les symptômes du TDAH et d'évaluer leur degré de manière quantitative. La «Wender Utah Rating Scale» (WURS-K) est un instrument destiné à l'autoévaluation rétrospective d'éventuels symptômes du TDAH à l'âge de 8-10 ans. Les rapports d'examen ou certificats et les remarques qu'ils contiennent concernant le comportement de travail à l'école primaire peuvent aussi fournir des indications sur des anomalies comportementales, des difficultés dans l'organisation personnelle ou des problèmes d'apprentissage, et sont donc souvent intégrés dans le processus diagnostique.

Les troubles psychiques comorbides sont fréquents à l'âge adulte et un diagnostic d'exclusion précis est indispensable. Une anamnèse psychiatrique détaillée ainsi que l'enregistrement d'événements biographiques et difficultés dans divers domaines de la vie tels que l'éducation ou la formation, la famille, les contacts sociaux et les activités de loisir sont également des éléments centraux du diagnostic. Il s'agit de recueillir les facteurs de risque, tels que les complications durant la grossesse et/ou à la naissance ainsi que les facteurs protecteurs (environnement familial et social stable, structures externes définies), susceptibles d'exercer une influence sur le développement tardif de symptômes. Les symptômes du TDAH peuvent changer au cours de la vie. Il est connu que l'hyperactivité en particulier évolue plutôt vers un malaise intérieur et une agitation. Les symptômes d'impulsivité peuvent notamment s'exprimer par un comportement à risque renforcé ou des addictions, tandis que les déficits de l'attention persistent généralement de manière concomitante avec les symptômes dysexécutifs à l'âge adulte. Pour examiner les schémas symptomatiques stables à l'âge adulte, des questionnaires d'autoévaluation et d'évaluation des tiers sont utilisés. Dans l'application diagnostique, les échelles «Conners Adult ADHD Rating Scales» (CAARS) sont par exemple connues pour l'adulte ainsi que des listes de contrôle diagnostique et autoévaluations (checklist diagnostique du TDAH [ADHS-DC], test de Cologne du TDAH de l'adulte [KATE], l'échelle d'autoévaluation du TDAH [«Adult ADHD Self-Report Scale», ASRS]) pouvant fournir une aide particulièrement quantitative du degré des symptômes. Des entretiens structurés, par exemple le

DIVA-5 (entretien diagnostique pour le TDAH de l'adulte), permettent d'aborder les domaines symptomatiques liés au TDAH de l'adulte (déficits de l'attention, hyperactivité, impulsivité) et leur présence avec les patientes et patients. L'entretien de Wender-Reimherr (WRI) évalue quatre domaines clés supplémentaires du TDAH (tempérament, affectabilité, réactivité émotionnelle excessive, désorganisation) en termes de pertinence clinique.

L'exclusion de causes organiques des symptômes s'effectue par l'anamnèse de la maladie au vu de troubles somatiques antérieurs ou actuels. Cela peut faire appel aussi bien à des paramètres de laboratoires (taux de vitamines et hormones) qu'à des techniques d'appareillage si indiqué dans le cas individuel.

Des examens neuropsychologiques peuvent contribuer aux réflexions sur le diagnostic différentiel ou sur des problématiques spécifiques, en particulier concernant les domaines symptomatiques significatifs du

TDAH (attention, fonctions exécutives, impulsivité), l'intelligence, les dysfonctionnements partiels ou les talents spéciaux [21]. En outre, les observations du comportement peuvent décrire la présence de certains schémas symptomatiques, bien que les symptômes du TDAH ne surviennent pas obligatoirement en situation de test. Le diagnostic du TDAH requiert finalement un jugement clinique qui se fonde sur les systèmes courants de classification et les données d'anamnèse personnelle et des tiers.

La figure 1 fournit un aperçu du processus diagnostique.

Traitement du TDAH

Le diagnostic d'un TDAH ne constitue pas une indication thérapeutique obligatoire. Le traitement éventuel ainsi que le choix de la méthode dépendent davantage de différents facteurs: d'une part, le degré de sévérité du handicap fonctionnel y compris les déficits psychosociaux, d'autre part, les comorbidités psychiques et somatiques.

Coaching

Le coaching s'est avéré être un élément précieux du traitement multimodal des adultes atteints de TDAH [22]. L'objectif est de fournir des informations sur l'apparition, le maintien et la nature de la symptomatique elle-même, afin de permettre aux personnes concernées une compréhension exhaustive des divers domaines symptomatiques du TDAH et de leur signification pratique pour le quotidien et la biographie individuelle. Une bonne compréhension de soi et une prise de conscience de ses propres domaines de faiblesse et de ressources permet de créer une base pour l'acceptation de soi, qui peut être libératrice aussi bien pour les individus atteints de TDAH que pour leurs proches. Le coaching favorise l'auto-efficacité des personnes atteintes de TDAH et traite, en collaboration avec celles-ci, les thèmes quotidiens avec efficacité et soutien, tout en visant une hausse de l'estime de soi et de la satisfaction de vie [23]. Les thérapeutes adoptent une attitude d'encouragement et de soutien. Le coaching du TDAH s'articule en modules dans lesquels des éléments informatifs, mais aussi l'apprentissage de techniques de maîtrise et l'échange avec d'autres personnes concernées, doivent représenter un équilibre essentiel entre les différentes méthodes.

«Un moteur Ferrari dans un bus VW»

Réprimer les impulsions aux bons moments, tout en étant capable de canaliser et libérer de manière adéquate l'énergie et la tension intérieures, fait partie des

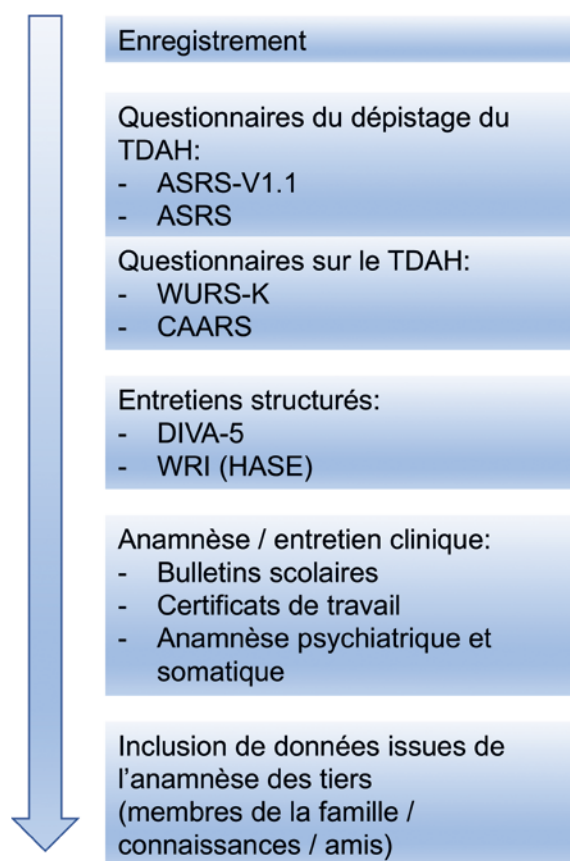


Figure 1: Processus diagnostique en cas de trouble du déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) à l'âge adulte.

ASRS-V1.1: «Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist»; ASRS: Adult ADHD Self-Report Scale; CAARS: «Conners' Adult ADHD Rating Scales»; DIVA-5: entretien diagnostique pour le TDAH de l'adulte; WRI: entretien de Wender-Reimherr; WURS-K: «Wender Utah Rating Scale»; HASE: échelle Homburger du TDAH de l'adulte.

thèmes récurrents des séances de coaching avec les personnes touchées par le TDAH. Il en va de même pour le renforcement des ressources souvent non exploitées.

«Je me suis longtemps comporté comme un caméléon, ne parvenais pas à m'habituer à vivre à divers endroits, à aller à l'encontre des différentes personnes et à les rendre heureuses, je m'adaptais pour ne pas déranger... jusqu'à ce que je ne sache moi-même plus qui j'étais en réalité.»

Beaucoup de personnes atteintes de TDAH sont marquées par le sentiment de différence qui leur est constamment conféré par leur entourage. C'est pourquoi elles souffrent souvent notamment d'une faible estime de soi.

Le coaching thématise les symptômes clés du TDAH à l'âge adulte et ses conséquences et difficultés dans différents domaines de la vie. En outre, des modèles explicatifs sont utilisés ainsi que des concepts d'équilibre vie privée-vie professionnelle qui visent une gestion autonome et des stratégies de maîtrise en cas de crise. De même, les outils concrets d'organisation personnelle au quotidien (par la structuration de la journée, la planification des rendez-vous, les moyens mnémotechniques externes), la gestion du stress, la régulation des émotions et le renforcement du contrôle des impulsions ainsi que l'image et l'estime de soi sont des domaines thématiques centraux [24]. Il est par ailleurs fait appel à diverses interventions et techniques de relaxation (méditatives, mentales, corporelles) ainsi que des exercices de respiration qui servent à mieux maîtriser le quotidien grâce à la pratique.

Le coaching peut aider les personnes atteintes de TDAH à acquérir de nouvelles stratégies de gestion des comportements conflictuels, à mieux accepter leurs propres limites et à élargir l'horizon de leurs propres possibilités [25]. D'autre part, un objectif central du coaching du TDAH est de mettre en lumière les points forts individuels des participantes et participants au moyen d'une approche axée sur les ressources et de renforcer ceux-ci au quotidien. La reconnaissance de capacités prononcées de créativité, flexibilité et curiosité, une aptitude à l'engouement et une compréhension rapide constituent des éléments essentiels du processus thérapeutique pour l'environnement social comme pour les personnes concernées elles-mêmes. Ces dernières découvrent, lors d'un échange mutuel, les parallèles et différences en termes de symptômes et déclarent souvent pouvoir mieux s'expliquer les rapports des comportements et schémas de pensée. En tirer davantage parti au quotidien constitue une prochaine étape.

Il existe des manuels sur les fondements de la psychoéducation et du coaching en cas de TDAH chez l'adulte,

rédigés par D'Amelio et al. et par Baer & Kirsch [26–28]. Ces manuels se concentrent sur la formulation des objectifs thérapeutiques individuels qui sont abordés progressivement et sur le contrôle ultérieur de la réalisation des objectifs préalablement fixés, ce qui constitue globalement une part centrale du succès thérapeutique [29, 30].

Au final, l'association du coaching et de la psychothérapie agit en synergie, de sorte que les méthodes des deux disciplines viennent se compléter.

Psychothérapie

La psychothérapie chez les adultes atteints de TDAH est particulièrement utile au vu du traitement pharmacologique souvent insuffisant ou de la non-réponse à celui-ci, des déficits fonctionnels persistants au quotidien et des troubles psychiques comorbides [31].

L'objectif de la psychothérapie n'est pas de guérir le TDAH, mais d'acquérir un meilleur contrôle et une gestion adéquate des symptômes. Le développement de stratégies de coping est central pour pouvoir rompre les schémas de comportement d'évitement et de capacité de performance subjectivement réduite malgré des ressources prononcées. La relation thérapeutique de confiance permet de traiter les événements de la vie et les connotations à caractère négatif.

La majorité des preuves apportées par la littérature actuelle portent sur l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale individuelle ou en groupe. En termes de contenu, les aspects centraux sont la réduction de l'impulsivité et de la réactivité émotionnelle excessive, la déviation de l'attention, les exercices de pleine conscience ainsi que l'organisation au quotidien. La thérapie métacognitive thématise les stratégies de gestion du temps, les facteurs motivationnels et l'organisation personnelle. Les éléments de la thérapie comportementale dialectique (TCD), qui se sont avérés efficaces en particulier dans le traitement du trouble de la personnalité émotionnellement labile, sont également souvent utilisés. Il existe en outre certains recoupements des symptômes en cas de TDAH [32]. D'autres thèmes thérapeutiques relatifs au TDAH consistent en des stratégies utiles pour réguler les émotions, faisant appel à des exercices de pleine conscience, des interventions corporelles ou encore le sport d'endurance, intégrés dans le concept thérapeutique. Le développement de circonstances externes stables relatives à la structure du quotidien, le choix professionnel et l'environnement social représentent d'autres domaines pertinents. L'objectif est d'obtenir un équilibre entre acceptation et potentiel d'amélioration concernant les domaines symptomatiques individuels.

La psychothérapie inclut aussi l'amélioration des troubles fonctionnels comorbides, tels qu'une problématique liée au sommeil, une dépendance aux substances ou des symptômes dépressifs, susceptibles d'influencer la symptomatologie du TDAH. Dans l'ensemble, l'état actuel des données indique un effet positif de la psychothérapie sur le traitement des symptômes du TDAH chez l'adulte, bien que la durabilité de celui-ci doive encore être examinée plus en détail en raison d'études insuffisantes [33].

Des programmes thérapeutiques et manuels sur le traitement de la symptomatologie du TDAH de l'adulte sont disponibles dans le domaine de la thérapie cognitivo-comportementale [26, 27, 32, 34].

Une approche thérapeutique multimodale permet de combiner des concepts pharmacologiques, psychologiques, ergothérapeutiques et relatifs à la thérapie corporelle, qui garantissent ensemble un traitement complet des symptômes du TDAH à l'âge adulte et tentent de satisfaire à un traitement individualisé.

L'état des études sur l'efficacité des programmes thérapeutiques du TDAH de l'adulte reste limité en présence de difficultés méthodologiques et nécessite plus de recherche. L'association d'approches médicamenteuses et psychothérapeutiques semble toutefois renforcer

positivement les effets du traitement [35]. L'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale a jusqu'à présent été le mieux décrit dans le traitement de la symptomatologie du TDAH de l'adulte [36].

Pharmacothérapie

Plusieurs groupes de substances sont disponibles pour le traitement du TDAH. Les stimulants présentent justement des effets prononcés qui se démarquent dans le traitement des troubles psychiques. En Suisse, de nombreux stimulants sont disponibles, dont une multitude de variations de préparations de méthylphénidate, parfois aussi en tant que composant actif du racémique. En outre, il existe en Suisse la prodrogue lisdexamfétamine (LDX) qui est transformée en substance active après métabolisation dans le tractus gastro-intestinal.

La première utilisation fait généralement appel à une préparation de méthylphénidate, il convient alors de permettre une courbe dose-efficacité optimale en consultation avec les personnes concernées. Seule une partie des préparations de méthylphénidate est autorisée aussi à l'âge adulte. Toutefois, des préparations uniquement autorisées en-dessous de 18 ans sont également utilisées. Les préparations se distinguent en

Tableau 2: Aperçu des divers médicaments dans le traitement du trouble du déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) à l'âge adulte.

Substance	Préparation	Durée d'action	Mécanisme d'action	Autorisation à l'âge adulte
Méthylphénidate	Ritalin®*	– Brève durée d'action: 1–4 heures – Retard: jusqu'à 12 heures	Inhibiteur de la recapture de la dopamine-noradrénaline	Off-label
	Concerta®*	Jusqu'à 12 heures	Inhibiteur de la recapture de la dopamine-noradrénaline	Oui
	Medikinet®	4–8 heures	Inhibiteur de la recapture de la dopamine-noradrénaline	Off-label (Medikinet® MR est autorisé pour les adultes atteints de TDAH)
	Equasym®	8 heures	Inhibiteur de la recapture de la dopamine-noradrénaline	Off-label
Dexméthylphénidate	Focalin® XR	Jusqu'à 12 heures	Inhibiteur de la recapture de la dopamine	Oui
Lisdexamfétamine	Elvanse®	Jusqu'à 14 heures	Libération de dopamine-noradrénaline	Comme médicament de deuxième ligne entre 6 et 55 ans
Dexamphétamine	Attentin®	5–6 heures	Libération de noradrénaline	– Autorisé entre 6 et 18 ans – Off-label chez l'adulte
Atomoxétine	Strattera®	Demi-vie: 5 heures	– Inhibiteur de la recapture de la noradrénaline – Augmente la dopamine dans le cortex préfrontal	Oui (médicament de deuxième ligne pour adultes)
Chlorhydrate de clonidine	Catapresan®	Demi-vie: 10–20 heures	Agoniste α2-adrénergique	Autorisé comme antihypertenseur pour adultes
Guanfacine	Intuniv®	24 heures	Agoniste α2-adrénergique	Off-label
Bupropion	Wellbutrin® XR	– Demi-vie: 10–14 heures – Demi-vie métabolites: 20–27 heures	Inhibiteur de la recapture de la dopamine-noradrénaline	Autorisé comme antidépresseur pour adultes
Modafinil	Modasomil®	Demi-vie d'élimination: 10–12 heures	Inhibiteur de la recapture de la dopamine-noradrénaline, libération d'orexine et autres mécanismes	Autorisé dans le cadre de la narcolepsie

* Ritaline® et Concerta® disponibles sous forme générique

termes de pharmacocinétique. Tous les stimulants ont en commun une entrée en action rapide, mais dont l'effet se dissipe le soir en raison des troubles attendus du sommeil. Cela peut avoir des répercussions particulièrement problématiques sur le niveau de fonctionnement psychosocial chez une partie des patientes et patients car, tandis qu'une bonne efficacité est obtenue par exemple au travail, des symptômes perturbants pour la vie sociale peuvent notamment resurgir le soir dans le contexte familial.

D'autres substances sont alors disponibles, notamment l'atomoxétine et la guanfacine, cette dernière étant uniquement autorisée durant l'enfance et l'adolescence. Par ailleurs, plusieurs études indiquent que d'autres antidépresseurs tels que le bupropion présentent aussi un effet sur la symptomatologie du TDAH. Il est ainsi parfois possible de traiter une humeur dépressive comorbide par un médicament en même temps que la symptomatologie du TDAH.

Un bon accompagnement des adultes atteints de TDAH est essentiel. Les médecins traitants doivent trouver un dosage optimal en collaboration avec les patientes et patients. En outre, les diverses préparations peuvent

entraîner des effets indésirables, nécessitant le passage à une autre préparation ou substance.

Les associations de plusieurs stimulants ou médicaments à durée d'action prolongée peuvent, dans certains cas, mener au succès. Il convient toutefois de considérer l'accumulation des effets indésirables.

Il est à noter que l'observance sur la durée est seulement faible malgré l'efficacité étonnamment bonne et l'entrée en action rapide. Cela souligne la nécessité d'un diagnostic précis et d'un bon accompagnement des personnes concernées [37, 38].

Le tableau 2 fournit un aperçu des options pharmacologiques en cas de TDAH.

Disclosure Statement

TF a déclaré la mise à disposition de matériel d'études à l'attention de la clinique privée de Meiringen. TJM a déclaré recevoir des honoraires contractuels de la part de Takeda, OM-Pharma, Lundbeck, Schwabe Pharma et Recordati ainsi que des honoraires pour sa participation aux Advisory Boards de Takeda, Lundbeck et Schwabe Pharma. JM a déclaré recevoir des honoraires de consultant de la part de Janssen et Lundbeck, des aides pour sa participation à des événements ou des frais de déplacement de la part de Camurus, Lundbeck, Janssen, Otsuka ainsi que de la part Janssen pour sa participation au Data Safety Monitoring Board ou Advisory Board. SMB n'a déclaré aucun conflit d'intérêt potentiel.

Références sélectionnées

- 21 Paucke M, Stark T, Exner C, Kallweit C, Hegerl U, Strauß M. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) und komorbide psychische Erkrankungen – ADHS-spezifische Selbstbeurteilungsskalen bei der Differenzialdiagnostik. *Der Nervenarzt*. 2018;89:1287–93.
- 22 D'Amelio R, Retz W, Rösler M. Psychoedukation und Coaching bei ADHS im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2015;63:33–8.
- 26 D'Amelio R, Retz W, Philipsen A, Rösler M. ADHS im Erwachsenenalter. Strategien und Hilfen für die Alltagsbewältigung. 2., erw. u. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2021.
- 38 Cortese S. Pharmacologic Treatment of Attention Deficit–Hyperactivity Disorder. *New Engl J Med*. 2020;383:1050–6.
- 39 DGGPN, Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter», AWMF-Registernummer 028-045.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2022.09087>.

Correspondance:

Prof. Dr méd.
Thomas J. Müller
Privatklinik Meiringen,
Willigen
CH-3860 Meiringen
thomas.mueller[at]
upd.unibe.ch

L'essentiel pour la pratique

- Le trouble du déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) à l'âge adulte est un trouble neuropsychiatrique qui, non traité, peut être associé à diverses souffrances de la part des personnes concernées et leurs proches.
- Le diagnostic est estimé sur une période d'observation par expertise clinique qualifiée au moyen d'une auto-évaluation et d'une évaluation des tiers ainsi que d'entretiens cliniques.
- Le traitement multimodal du TDAH à l'âge adulte s'oriente sur les directives S3 du groupe de travail des sociétés scientifiques et médicales allemandes (AWMF) et associe pharmacologie et méthodes thérapeutiques non médicamenteuses selon l'ampleur [39].
- L'objectif est de renforcer, en fonction des ressources, les nombreuses capacités que présentent les adultes concernés et de prévenir les handicaps fonctionnels et facteurs de risque associés au TDAH [40].