

Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité chez l'adulte

par Roger Paradis

Le père de Jérôme croit souffrir lui aussi d'un trouble de l'attention et vous demande une prise en charge...

Mercredi, 18 h. Jérôme consulte pour son suivi mensuel. On note une bonne amélioration du rendement scolaire et de son comportement depuis qu'il a commencé à prendre un médicament il y a trois mois.

Dans les dernières minutes de l'entrevue, Bertrand (le père de Jérôme) prend la parole : « Vous savez, docteur, Jérôme est chanceux de recevoir un traitement pour son problème d'attention. Je me suis très bien reconnu en remplissant la première grille d'évaluation de Jérôme, lors de sa prise en charge. Je pensais à mon cours primaire et à mon secondaire I – ma seule année de secondaire. J'étais exactement comme Jérôme avant le traitement. Et vous savez, mes problèmes d'attention n'ont pas encore cessé de me déranger. Est-ce que quelque chose pourrait encore être fait pour moi, malgré mon âge ? »

Les commentaires de Bertrand sont déroutants. D'un côté, il vous communique qu'il apprécie beaucoup l'évolution favorable de Jérôme. De l'autre, il vous ouvre toute grande la porte sur le volet difficile de son quotidien, avec lequel il compose depuis son enfance. Votre réponse à Bertrand : « Votre âge n'est pas un obstacle à une prise en charge. Mais, comme pour Jérôme, une évaluation adéquate de votre cas devra être faite. » Vous invitez Bertrand à prendre un rendez-vous au moment qui lui conviendra. D'ici là, vous vous dépêchez de trouver un article de synthèse qui vous donnera les premières balises pour l'évaluation et le suivi de ce problème.

Le lecteur se demande probablement pourquoi une série d'articles sur le trouble déficitaire de l'attention et l'hyperactivité (TDAH) chez l'enfant se termine par un article sur le TDAH de l'adulte. Cette maladie ne se résout pas de façon spontanée au passage à l'âge adulte : elle se modifie avec le vieillissement du patient, mais continue néanmoins à altérer son fonctionnement.

Le Dr Roger Paradis, M. Sc., omnipraticien, exerce à Beauville.

Quels indices cliniques recherchera le clinicien qui soupçonne un TDAH ?

Il est maintenant reconnu que de 30 à 70 % des enfants ayant un diagnostic de TDAH continuent de présenter des symptômes de la maladie à l'âge adulte. La prévalence de la maladie est de 2 à 3 % de la population adulte. Le TDAH chez l'adulte est parfois comparé à un TDAH de l'enfant en rémission partielle. Il est maintenant considéré comme une entité clinique distincte en psychiatrie.

Les critères diagnostiques actuels du DSM-IV, même s'ils ont été adaptés, décrivent davantage les tableaux cliniques de l'enfant. Ces critères ont été présentés dans les articles précédents portant sur l'évaluation et le traitement. Le médecin tente de relever les symptômes dans au moins deux milieux : à l'école, à la maison chez l'enfant, au travail, à la maison chez l'adulte.

La caractéristique principale du TDAH chez l'adulte repose, selon certains auteurs, sur un problème de désinhibition (théorie du frein défectueux). Ces adultes ont de la difficulté à se détendre, ils ont l'impression d'être sur « la corde raide ». Ils consultent souvent dans un contexte de difficulté à maîtriser leur anxiété. Le défi diagnostique du TDAH chez l'adulte pose l'équation d'une maladie souvent inscrite dans un contexte de maladies concomitantes,

Le défi diagnostique du TDAH chez l'adulte pose l'équation d'une maladie souvent inscrite dans un contexte de maladies concomitantes, la plus fréquente étant le trouble anxiodépressif.

R E P È R E

T A B L E A U I

Maladies concomitantes associées au TDAH

- Tableau anxiodépressif
- Dépression majeure
- Trouble panique
- Abus d'alcool
- Personnalité antisociale
- Maladie bipolaire
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Abus de drogues ou de médicaments

T A B L E A U II

Observations cliniques pouvant évoquer un TDAH

- Facile à distraire, fait des oublis, est lunatique
- Tendance à remettre au lendemain, ne termine jamais rien
- Désordonné, mal organisé
- N'arrive pas à prendre de décision
- Impulsivité dans les paroles ou les comportements
- Difficulté à s'exprimer en paroles ou en actes
- Épisodes dépressifs, faible estime de soi
- Défaitiste, ne croit pas à son potentiel
- Sentiment d'être différent
- Incapacité à se détendre, continuellement en action
- Difficulté à s'endormir ou à demeurer alerte le jour
- Sensible à la critique
- Tachypsychie, la pensée vagabonde d'un sujet à l'autre
- S'ennuie rapidement, a un continuel besoin de stimuli
- Difficulté à se conformer aux règlements
- Impatience, faible tolérance à la frustration
- Labilité émotionnelle, colère
- Difficultés dans les relations interpersonnelles ou professionnelles
- Difficulté à évaluer le temps nécessaire pour réaliser une tâche
- Dépenses impulsives
- Antécédents personnels ou familiaux d'abus de substances ou de dépendance

la plus fréquente étant le trouble anxiodépressif (*tableau I*). Ces adultes se plaignent assez souvent de tachypsychie : « Ça tourne vite dans ma tête. » Ils disent avoir de la difficulté à se concentrer sur un sujet à la fois. Leurs proches les décrivent comme des personnes lunatiques, déprimées, hyperactives, ou même, dans des cas plus graves, comme des psychopathes.

Pourrait-il être pertinent de prévoir un bilan d'investigation pour ce patient ?

L'évaluation médicale d'un TDAH chez l'adulte comprend la collecte et l'analyse de données comme les antécédents du patient, les symptômes qu'il décrit et, si possible, une évaluation en neuropsychologie. Votre évaluation est structurée de la même façon que pour tous les autres diagnostics médicaux. Vous cherchez les antécédents personnels et familiaux pertinents :

- Diagnostic de TDAH dans l'enfance ;
- Traumatisme crânien dans l'enfance ;
- Frère ou sœur ayant un diagnostic de TDAH ;
- Père ou mère ayant des antécédents cadrant avec un TDAH.

L'histoire longitudinale inclut la description assez précise du développement durant l'enfance, et surtout, le cheminement scolaire. Votre objectif est de mettre en relief la présence soutenue des symptômes depuis l'âge de six ou sept ans. Il est pertinent de faire cette anamnèse auprès du patient et de quelqu'un qui le connaît de longue date. Le patient n'aime pas du tout les symptômes de sa maladie, et il a une tendance naturelle à vouloir les minimiser. Ces symptômes entretiennent chez lui des sentiments d'embarras, d'humiliation et de dévalorisation. Il a souvent perdu une part importante de son estime de soi. Il est généralement facile de mettre en évidence des difficultés de concentration ou d'attention soutenue, en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte, au moment où les obligations et les responsabilités augmentent.

L'histoire de la maladie actuelle sert à mettre en relief les

Il est pertinent de faire l'anamnèse auprès du patient et de quelqu'un qui le connaît de longue date. Le patient n'aime pas du tout les symptômes de sa maladie, et il a une tendance naturelle à vouloir les minimiser.

répercussions des symptômes du TDAH sur la vie professionnelle du patient ainsi que sur ses interactions familiales et sociales (*tableau II*). Votre note au dossier décrit l'incapacité de soutenir l'attention, une augmentation de l'activité motrice ou de la difficulté à inhiber les pulsions. Une anamnèse rigoureuse permet d'objectiver une vie sentimentale chaotique et des difficultés fréquentes dans les interactions sociales (dus aux sautes d'humeur sporadiques). Le patient souffrant d'un TDAH change de travail ou de maison plus souvent que la moyenne des gens, gagne moins d'argent et n'arrive pas à s'épanouir à 100 % malgré une intelligence, une créativité et une motivation normales.

L'apparition récente des symptômes chez un adulte, ou encore la présence sporadique de ces symptômes remettent en cause la pertinence du diagnostic de TDAH de l'adulte.

L'examen clinique doit inclure un examen neurologique. Quelques épreuves de laboratoire font partie de l'évaluation. Certains problèmes cliniques peuvent ressembler au TDAH de l'adulte ou être la cause de l'inattention ou de l'hyperactivité (*tableau III*).

Une investigation optimale devrait inclure l'évaluation d'un neuropsychologue ou d'un psychologue possédant une expertise sur le TDAH. Les objectifs de cette évaluation sont de mesurer l'attention simple, sélective et divisée (valeur prédictive peu élevée), d'obtenir une « base de référence » et de comparer celle-ci avec l'effet du médicament, de discerner si le déficit de l'attention repose sur une base « biologique » ou s'il est la conséquence d'une maladie psychiatrique (dépression, anxiété, psychose, par exemple).

Les ressources pour cette évaluation sont restreintes, il faut le reconnaître, surtout pour le patient non hospitalisé. Les chercheurs se servent de différents questionnaires (Wender, Barkley). Ces derniers ne sont pas encore validés et ne sont pas encore utilisés de façon régulière en clinique. Vous trouverez en *annexe* la grille utilisée par la D^{re} Annick Vincent, de la Clinique des troubles de l'humeur du Centre hospitalier Robert-Giffard.

La difficulté à établir avec une bonne précision un diagnostic de TDAH chez l'adulte consiste à le distinguer des maladies concomitantes qui l'accompagnent souvent et à éviter d'exclure trop rapidement le diagnostic parce que le tableau clinique n'est pas aussi évident que chez l'enfant. Ainsi, dans un contexte de consultation pour un problème anxiodépressif, une hypothèse diagnostique de TDAH peut

T A B L E A U III

Problèmes cliniques pouvant ressembler au TDAH de l'adulte ou être la cause de l'inattention ou de l'hyperactivité

- Hyperthyroïdisme
- Épilepsie partielle
- Petit mal
- Trouble de l'audition
- Maladie hépatique
- Intoxication par le plomb
- Apnée du sommeil
- Interactions médicamenteuses

de prime abord sembler surprenante. La réussite sociale et professionnelle n'exclut pas d'emblée le TDAH. La capacité d'adaptation de l'adulte lui permet de développer des mécanismes compensatoires (usage exagéré de l'agenda ou de listes écrites, par exemple). Malgré son succès apparent, cet adulte fonctionne à un niveau sous-optimal en raison de difficultés d'attention. Le patient présentant un tableau d'« anxieux performant » doit être évalué avec vigilance : il pourrait s'agir d'un TDAH. Des adultes sont considérés comme guéris parce qu'ils ne sont plus dérangeants pour leur entourage. Pour d'autres patients, le diagnostic sera écarté parce que les signes cliniques de la maladie sont attribués à des traits de caractère.

Au moment de poser le diagnostic, le clinicien prendra soin de bien distinguer les diagnostics différentiels (autres entités cliniques pouvant expliquer les symptômes) et la comorbidité (maladies existant simultanément).

Quelles seront les avenues thérapeutiques à proposer et à mettre en place pour ce patient ?

Le médecin décèle tous les troubles psychiatriques présents chez le patient afin de planifier adéquatement le plan de traitement. Une fois le ou les diagnostics posés, il importe de fournir des explications au patient sur sa maladie et d'envisager avec lui les options thérapeutiques qui pourraient lui convenir. Le premier geste thérapeutique consiste à tenter de redonner espoir à cet adulte aux prises avec un problème d'attention ou d'hyperactivité depuis l'âge de six ou sept ans. Les objectifs du traitement proposé visent à améliorer l'attention et la concentration, à

T A B L E A U IV

Suggestion d'instauration du traitement médicamenteux (méthylphénidate)

Jour 1	5 mg le matin
Jour 2	5 mg le matin et le midi
Jours 3 à 7	5 mg t.i.d. (aux repas)
Revoir le patient chaque semaine	
Deuxième semaine	10 mg t.i.d.
Troisième semaine	20 mg t.i.d.

diminuer la tension motrice et l'impulsivité, et à réduire les sautes d'humeur.

Le plan de traitement du patient souffrant d'un TDAH est structuré en deux volets : l'approche pharmacologique et psychoéducative. Chez le patient souffrant d'une dépression majeure concomitante, il est important de traiter la dépression avant le TDAH.

Les médicaments permettent de diminuer l'intensité des symptômes. L'approche pharmacologique avec les stimulants catécholaminergiques repose sur une hypothèse étiologique de la maladie selon laquelle il y aurait un lien causal avec un déficit en catécholamines au cortex frontal. Ces catécholamines exercent un rôle inhibiteur qui est insuffisant dans le TDAH. Les psychostimulants augmentent le débit sanguin dans ce territoire. Le métabolisme des catécholamines est ainsi modifié, ce qui augmente la disponibilité de la dopamine et de la noradrénaline.

Les psychostimulants aident principalement à diminuer l'inattention et les distractions. Ils augmentent la capacité de concentration et améliorent le contrôle des pulsions. Ils peuvent aussi améliorer le fonctionnement social et émotionnel.

Les deux molécules les plus utilisées sont le méthylphénidate (Ritalin®) (de 0,5 à 1,5 mg/kg/jour de deux à quatre fois par jour) et la dextroamphétamine (Dexedrine®) (0,5 mg/kg/jour). Les deux produits ont une efficacité équivalente, mais une durée d'action différente. Ils sont généralement bien tolérés et leurs effets secondaires sont relativement

peu importants. Le *tableau IV* propose une façon d'instaurer le traitement médicamenteux. L'effet secondaire le plus fréquent au début du traitement est une difficulté d'endormissement. Le patient souffrant d'un TDAH a souvent de la difficulté à dormir (avant même de commencer à prendre le médicament). Il ne faut pas s'empresse d'augmenter la dose quotidienne. Une diminution de l'appétit et une perte de poids affectent également certains patients. Les nausées, les céphalées, les tremblements, et parfois des tics font partie des autres effets secondaires. Les effets indésirables sur l'appareil cardiovasculaire sont plus importants chez l'adulte que chez l'enfant. La fréquence cardiaque et la tension artérielle doivent être surveillées étroitement au début du traitement. Le patient âgé de plus de 50 ans doit subir un électrocardiogramme avant de commencer à prendre le médicament. Certains auteurs recommandent de ne pas prescrire de psychostimulants aux patients ayant des antécédents de dépendance ou d'abus de substance.

Les antidépresseurs offrent une autre avenue thérapeutique intéressante contre le TDAH chez l'adulte. Ils soulagent efficacement les symptômes d'anxiété et de dépression. Il faut privilégier les classes d'antidépresseurs empêchant le recaptage de la noradrénaline dans la synapse. Parce qu'ils agissent plus spécifiquement sur la noradrénaline que sur la sérotonine, les amines secondaires comme la désipramine et la nortriptyline sont utilisées. Le bupropion, un antidépresseur atypique, fait partie de certains protocoles de traitement. La venlafaxine module les récepteurs sérotoninergiques et les récepteurs noradrénergiques. Elle présente une avenue thérapeutique intéressante : il semble qu'elle s'avère plus efficace sur les troubles moteurs et l'impulsivité. Elle donne de moins bons résultats sur la composante trouble de l'attention.

Afin de s'y retrouver, on suggère de faire la distinction suivante : le traitement du patient sans trouble anxieux ou affectif débutera par un psychostimulant. Par contre, dans un contexte clinique d'anxiété et (ou) de dépression avec TDAH, le traitement débutera par un antidépresseur. Près de la moitié des patients ayant des maladies concomitantes nécessiteront une association médicamenteuse (psycho-

Chez le patient souffrant d'une dépression majeure concomitante, il est important de traiter la dépression avant le TDAH.

R E P È R E

stimulant et antidépresseur).

Les médicaments seuls ne suffisent pas à assurer une prise en charge adéquate du problème. L'approche non pharmacologique repose sur le soutien psychologique au patient. Il doit être bien informé sur la nature de sa maladie et ses conséquences. Il a besoin d'un accompagnement pour canaliser la charge émotionnelle qu'entretiennent ses symptômes. Il doit être encouragé à développer des habiletés pour compenser ses faiblesses. Quelques notions de thérapie cognitive permettront de lui enseigner comment vivre de façon plus harmonieuse avec sa maladie. Il est valorisant pour le médecin d'aider le patient à prendre conscience de ses forces pour mieux les utiliser et de le sensibiliser à ses faiblesses pour les contourner avec plus d'efficacité. Le patient est la plupart du temps heureux de prendre conscience des bienfaits de l'activité physique comme moyen utile pour évacuer l'excès d'énergie qu'entretient la maladie. Il faudra inviter le patient à se documenter le plus possible sur son problème médical : lecture, participation à des conférences, échanges avec d'autres personnes souffrant d'un TDAH, participation à des groupes de soutien (site Internet américain : www.addadult.com). Le but ultime de l'accompagnement est d'amener le patient à considérer son problème comme un défi à relever plutôt qu'une excuse à ses faiblesses.

LES ÉLÉMENTS D'INFORMATION présentés ici vous permettront de recevoir le père de Jérôme pour amorcer avec lui une démarche susceptible d'améliorer sa qualité de vie. Si vous mettez en évidence une maladie complexe, l'orientation vers un spécialiste s'avère indiquée. Quelques cli-

ENCADRÉ

Quelques cliniques de psychiatrie offrant des services spécifiques

Clinique Woodward, D^e Angelo Fallu, psychiatre
CUSE, site Bowen

555, rue Murray, 5^e étage, Sherbrooke (Québec) J1G 2K8
Téléphone : (819) 565-1441 ; télécopieur : (819) 565-2246
Courriel : clinique.woodward@aira.com

Pavillon Roy-Rousseau, D^e Annick Vincent, psychiatre
2601, ch. de la Canardière, Québec (Québec) G1J 2G3
Téléphone : (418) 663-5721 ; télécopieur : (418) 663-0494

SUMMARY

Adult ADHD. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) doesn't disappear spontaneously when patients become adults. The clinical presentation of ADHD is more subtle in adults. Frequently, patients seek medical help for an anxious-depressive disorder. Family doctors must not overlook the possibility of ADHD. The diagnosis is related to two fundamental factors: the onset of the disease in childhood and the continuation of symptoms in adult life. Adult ADHD is often associated with comorbidity. Differential diagnosis including several psychiatric disorders is discussed. Treatment requires pharmacological and psychological support.

Key words: adult attention deficit/hyperactivity disorder.

niques de psychiatrie au Québec commencent à offrir des services conçus expressément pour ce type de problème de santé (voir l'*encadré*). ☞

Date de réception : 4 février 2002.

Date d'acceptation : 2 avril 2002.

Mots clés : trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité chez l'adulte.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4^e éd. Washington, DC : APA, 1994.
2. Arnold LE. Alternative treatments for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Ann N Y Acad Sci* 1^{er} juin 2001 ; 931 : 310-41.
3. Barkley RA. *A Clinical Workbook: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. New York : Guilford, 1998.
4. Beiderman J. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993 ; 150 : 1792-8.
5. Kaplan HL. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. 8^e éd. Baltimore : Lippincott, Williams & Wilkins, 1998.
6. Searight HR, Burke JM, Rottnek F. Adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): evaluation and treatment in family medicine. *Am Fam Phys* 2000 ; 62 : 2077-86, 2091-2.
7. Wender PH. Adults with ADHD. An overview. *Ann N Y Acad Sci* 1^{er} juin 2001 ; 931 : 1-16.
8. Schweitzer J. Advances in the pathophysiology and treatment of psychiatric disorders: implications for internal medicine. *Med Clin North Am* mai 2001 ; 85 (3).
9. Stearight HR. Adult ADHD: evaluation and treatment in family medicine. *Am Fam Phys* 1^{er} novembre 2000 ; 62 (9).

A N N E X E

Critères diagnostiques du *DSM-IV*

	Enfant	Adulte
TDH mixte	n	n
TDAH, inattention prédominante	n	n
TDAH, hyperactivité prédominante	n	n

Code : 0 : Absent
 1 : Un peu
 2 : Souvent
 3 : Très fréquent
 D : Doute

Actuel

	0	1	2	3	D
1. Inattention (minimum six symptômes)					
a) Prête difficilement attention aux détails, erreurs d'inattention.	n	n	n	n	n
b) A du mal à soutenir son attention.	n	n	n	n	n
c) Ne semble pas écouter quand on lui parle directement.	n	n	n	n	n
d) Ne se conforme pas aux consignes ou ne termine pas ses tâches (non par opposition).	n	n	n	n	n
e) A de la difficulté à planifier et à organiser ses travaux ou ses activités.	n	n	n	n	n
f) Évite, a de l'aversion ou fait à contrecoeur les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ex. : remet au lendemain).					
g) Perd souvent des objets nécessaires au travail ou à ses activités.	n	n	n	n	n
h) Est facilement distrait par des stimuli externes.	n	n	n	n	n
i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.	n	n	n	n	n
2. Hyperactivité-impulsivité (minimum six symptômes)					
Hyperactivité					
a) Remue souvent les mains et les pieds ou bouge sur son siège.	n	n	n	n	n
b) Se lève souvent au travail ou dans d'autres situations où il doit demeurer assis.	n	n	n	n	n
c) Court ou grimpe partout (adulte : sensation d'avoir la bougeotte).	n	n	n	n	n
d) A du mal à se tenir tranquille au travail ou dans les loisirs.	n	n	n	n	n
e) Est souvent « sur une pinotte » ou comme s'il était survolté.	n	n	n	n	n
f) Parle souvent trop.	n	n	n	n	n
Impulsivité					
g) Répond aux questions avant qu'on ait terminé de les poser.	n	n	n	n	n
h) A de la difficulté à attendre son tour.	n	n	n	n	n
i) Interrompt souvent autrui ou impose sa présence.	n	n	n	n	n

Source : D^{re} Annick Vincent, Clinique des troubles de l'humeur du Centre hospitalier Robert-Giffard, à Québec. Reproduit avec permission.