

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

➤ Contact SCD Nancy 1 : theses.sante@scd.uhp-nancy.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Steve MULL

Le 20 mai 2010

**TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION ET HYPERACTIVITE,
LE DEVENIR A L'AGE ADULTE**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Président

Madame le Professeur Colette VIDAILHET

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Monsieur le Docteur Dominique PETE

}
Juges

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- Pédagogie :
- 1^{er} Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »
- 2^{ème} Cycle :
- 3^{ème} Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ

Professeur Bernard FOLIGUET

M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

M. Walter BLONDEL

Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Didier MAINARD

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean
PREVOT Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT
3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)
Professeur Ali DALLOUL
4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI
3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)
Professeur Christophe PARIS
3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)
Professeur Henry COUDANE
4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)
Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER
2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4^{ème} sous-section : (*Génétique*)
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT
2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur de Pédopsychiatrie.

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider notre jury de thèse.

Fier d'avoir pu travailler dans votre service, nous vous sommes reconnaissant de l'accueil que vous nous avez toujours réservé.

Nous gardons à l'esprit vos qualités humaines, votre disponibilité malgré vos nombreux engagements, votre esprit critique, votre désir de transmettre et votre professionnalisme.

Soyez assuré de notre profonde gratitude et de notre plus grand respect.

A notre Maître et Juge,

Madame le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur émérite de Pédopsychiatrie

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger nos écrits.

Qu'il nous soit permis de vous témoigner, par ce travail, de notre profond respect et notre sincère reconnaissance pour votre sens reconnu du dévouement et pour la richesse de vos enseignements au cours de notre cheminement en psychiatrie.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH
Professeur de Pédopsychiatrie,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail de thèse.

Nous regrettons de n'avoir pas pu bénéficier plus avant de votre expérience et de vos enseignements.

Nous sommes sensibles à vos qualités humaines et vous témoignons notre respectueuse admiration.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et nos sincères remerciements.

A notre Juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Dominique PETE
Docteur en Médecine, Psychiatre.

Vous nous avez éclairé tout au long de la réalisation de ce travail. Votre grande expérience en tant que pionnier sur le sujet de l'hyperactivité chez l'adulte nous a été riche d'enseignements.

Qu'il nous soit permis de témoigner ici de votre grande culture, toujours partagée, de votre sens critique et de votre dévouement à la tâche.

Que ce travail soit pour vous l'expression de notre profond respect.

Avec tous nos remerciements.

A tous les Médecins et Maîtres,
Rencontrés au long de ces études de Médecine à L'université de NANCY.

Vous nous avez dispensé votre enseignement.

Vous nous avez fait partager la richesse de vos expériences et découvrir une médecine respectueuse et humaine.

A vous tous, nous dédions ce travail.

A mes parents,
Grâce à qui je suis devenu ce que je suis.

A Charlène,
Pour ton soutien et pour tout le chemin parcouru ensemble.

A mon fils Adam,
Pour m'avoir rendu père et avoir aussi été un moteur à finir ce travail.

A Sylvie, Sandrine et Frédérique,
Pour leur frappante participation à ce travail.

A tous les amis,
Rencontrés au hasard des routes empruntées.

A tous ceux
Qui n'ont cessé de me poser la question...

A tous, je dédie ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières.....	15
Introduction	19
I - HISTORIQUE : L'EVOLUTION DE LA NOTION D'HYPERACTIVITE A TRAVERS LE TEMPS ET LES CONCEPTS.....	23
1. Du XIXème siècle à 1970.....	23
2. Les années 80 et les classifications DSM.....	24
3. L'émergence du concept d'hyperactivité chez l'adulte.....	28
II- Ethiopathogénie du TDAH : l'évolution des approches.....	31
1. Approche psychopathologique.....	31
2. Approche neurobiologique.....	36
a. Mécanismes neurobiologiques et imagerie.....	36
b. Aspects génétiques du TDAH.....	39
c. Facteurs environnementaux et psychosociaux.....	42
d. Les différentes théories cognitives.....	45
III- Les débuts du TDAH : rappel de la clinique de l'enfant et l'adolescent.....	49
1. Caractéristiques du TDAH de l'enfant.....	49
a. Epidémiologie.....	49
b. Symptomatologie du petit enfant.....	49
c. Symptomatologie classique de l'enfant d'âge scolaire.....	50
d. Principaux troubles comorbides.....	54
2. Interlude : le TDAH de l'adolescent.....	56
IV- Devenir du TDAH chez l'adulte.....	60
1. Epidémiologie : et ensuite ? Le devenir des troubles de l'enfant hyperactif : études menées et résultats hétéroclites.....	60

2. Poser le diagnostic de TDAH chez l'adulte.....	63
a. Recueil des données.....	64
b. Critères diagnostiques.....	67
c. Des examens complémentaires ?.....	72
d. Les échelles d'évaluation.....	72
e. Les attentes et les effets du diagnostic.....	77
3. Diagnostics différentiels.....	78
a. Troubles organiques.....	78
b. Troubles psychiatriques.....	79
4. Troubles comorbides.....	84
a. Les troubles de la personnalité.....	85
b. Les troubles liés à l'usage de substances psychotropes.....	86
c. Les troubles anxieux.....	88
d. Les troubles dépressifs.....	89
e. Une comorbidité particulière : TDAH et trouble bipolaire sont-ils liés ?.....	89
f. Les troubles des apprentissages.....	94
g. Les tics.....	94
h. Les troubles du sommeil.....	95
5. Tableau clinique de l'adulte.....	96
a. Le devenir chez l'adulte des symptômes de l'enfant.....	97
b. Les difficultés d'organisation et de planification.....	102
c. Les signes remarquables à l'adulte.....	104
6. Le quotidien des adultes hyperactifs.....	108
a. Cursus scolaire et vie professionnelle.....	108
b. Vie sociale.....	110
c. Vie de couple.....	111
d. Education des enfants et exercice des fonctions parentales.....	114
e. Gestion du budget.....	117
f. Une tâche quotidienne particulière : la conduite automobile.....	117
g. « Les hyperactifs épanouis ».....	118

V- Le traitement du TDAH chez l'adulte.....	122
1. Traitement psychosocial.....	123
2. Traitement pharmacologique.....	126
a. Les psychostimulants.....	127
b. Un apparenté aux antidépresseurs : l'atomoxétine.....	134
c. Les antidépresseurs.....	135
d. Les antihypertenseurs.....	136
e. Le modafinil.....	137
f. Stratégies thérapeutiques en cas de comorbidité.....	137
3. La place des psychothérapies.....	139
a. Thérapies cognitives et comportementales.....	139
b. Thérapies psychodynamiques.....	141
c. Thérapies de couples et familiales.....	143
VI- QUELQUES OBSERVATIONS CLINIQUES.....	144
1. Vignette n° 1: Maxime l'aventurier.....	144
2. Vignette n° 2: Mme D. la « speedée » malheureuse.....	149
3. Vignette n° 3: Fabrice, le pas guéri.....	153
4. Vignette n° 4: Mme B. la bipolaire.....	156
5. Vignette n° 5: Mr T. l'épanoui, quoique.....	158
CONCLUSION.....	161
BIBLIOGRAPHIE.....	164
ANNEXES.....	186

INTRODUCTION

A de multiples reprises au cours de notre formation, nous avons été confrontés à des patients en grande souffrance psychique sous de nombreux aspects et pour lesquels ne cessaient de revenir durant nos entretiens les termes de : « depuis toujours », « depuis tout petit », « turbulent », « bon à rien », « jamais tenu en place », « incapable », « énervé »,...La présentation de leurs troubles semblait répondre à une pathologie plus profonde aux origines remontant à l'enfance et avec laquelle ils avaient appris « à faire avec »... ou non !

Qu'ils soient dépressifs, anxieux, toxicomanes ou en grande difficulté sociale, ils avaient tous un point commun : ils situaient le commencement de leurs problèmes à leur très jeune âge.

Une pathologie de l'échec et de l'agitation qui prenait racine dans l'enfance ? Il n'en fallait pas plus pour que nous évoquions ce syndrome tant apprécié des médias qu'est le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

L'hyperactivité...une pathologie pour laquelle les informations la concernant se nourrissent encore d'idées souvent plus sociales que véritablement médicales, relevant plus des croyances que des connaissances. Une pathologie qui manque encore cruellement de publications en France où les données sont encore trop relayées par la Presse, les émissions à sensation ou Internet, lui conférant un visage bien caricatural. Une image qui sème la confusion dans l'esprit du grand public et empêche un consensus de la part des professionnels.

Alors qu'en est-il de sa place chez l'adulte ? Un syndrome né des observations pédopsychiatriques pouvait-il être importé dans le monde des adultes ? Longtemps, la réponse aurait été non. Mais alors, que faisaient devant nous tous ces patients dont les symptômes dans l'enfance rappelaient étrangement un trouble hyperactif non diagnostiqué, à se plaindre d'un mal-être non résolu ?

LE TDAH de l'adulte existe bel et bien et depuis bientôt trois décennies, de nombreux professionnels dans le monde se consacrent à en étudier chaque caractéristique. Mais même une fois reconnu, le trouble ne se laisse pas traité aussi facilement.

Dans notre pays, aucune prise en charge psychothérapeutique ou psychosociale n'est prévue par les professionnels, tout au mieux les associations de patients se sont-elles emparées de ce versant du traitement. Pire, lorsque nous demandons à nos pairs séniors de rédiger une prescription de psychostimulants pour ces patients, nous est-il répondu avec étonnement que cela ne se pratique pas, voire que cela est interdit. Les lacunes dans le savoir des professionnels de santé sur ce sujet sont donc encore importantes et nous ne pouvons les en blâmer. Afin de les combler, il est nécessaire de multiplier les études et les publications scientifiques.

C'est dans ce cadre et ce but, que nous avons réalisé un travail de revue bibliographique sur le sujet du TDAH de l'adulte et sur le devenir du trouble sous tous ses aspects.

Dans un premier temps, nous déclinons les évolutions historiques et sémiologiques de l'hyperactivité, tant d'un point de vue général chez l'enfant, que dans l'émergence du concept chez l'adulte.

Un second chapitre portera un autre regard sur le devenir du trouble à travers son abord étiopathogénique au fil du temps et des approches.

Un rappel sur les consensus concernant la symptomatologie des troubles chez l'enfant et l'adolescent tiendra lieu et place de troisième partie.

Dans une quatrième partie, nous aborderons toutes les facettes du devenir du TDAH chez l'adulte. Nous y évoquerons les problèmes engendrés par la complexité à poser un diagnostic positif chez l'adulte, notamment s'il n'a jamais été reconnu dans l'enfance. Puis, nous verrons toute la difficulté à envisager le questionnement du diagnostic différentiel, si proche des troubles comorbides. Une grande part du sujet sera également consacrée à l'exposition du tableau clinique de TDAH, si trompeur chez l'adulte, mais surtout de ses répercussions dans le quotidien des sujets touchés.

Un cinquième point nous permettra d'envisager les pistes à développer et à bien connaître concernant le traitement du syndrome chez l'adulte, parent pauvre de ce sujet.

Enfin viendra le temps des vignettes cliniques, où nous décrirons le cas de plusieurs de nos patients dont la situation et le discours parfois intime et émotif, ont éveillé en nous une curiosité d'en savoir plus, par des questionnements intéressés.

Etayé par une revue de la littérature éclectique, notre travail s'attachera à exposer toutes les questions que nous n'avons eu cesse de nous poser face à cette pathologie « de novo », et à y répondre avec prudence grâce au travail de nombreux auteurs à exporter le TDAH de la pédopsychiatrie pour l'ancrer parmi les pathologies adultes, véritable bouleversement dans le monde de la psychiatrie plutôt habitué à la manipulation inverse.

I - HISTORIQUE : L'EVOLUTION DE LA NOTION D'HYPERACTIVITE A TRAVERS LE TEMPS ET LES CONCEPTS

1. Du XIXème siècle à 1970

Les enfants et adultes dits hyperactifs ont toujours existé. On les devine par exemple déjà dans la littérature du XVIIème siècle au travers d'œuvres littéraires françaises comme « L'étourdi » de Molière, « Le distrait » de Regnard ou « Les caractères » de La Bruyère. Le succès de ces écrits gage que le type humain décrit et moqué par les auteurs était familier au public déjà sous le règne de Louis XIV (12).

Mais les premières descriptions médicales cliniques du phénomène d'instabilité psychomotrice chez l'enfant d'âge scolaire remontent à la fin du XIXème siècle (54).

En France, c'est classiquement à Bourneville que l'on doit la première description détaillée du trouble dans son « Traité médico-pédagogique sur les différentes formes d'idiotie » (1897). Il rend compte des spécificités de l'instabilité en ces termes : « Mobilité intellectuelle et physique extrême, susceptibilité et irritabilité, penchant pour la destructivité, besoin d'une surveillance continue, insouciance et négligence, suggestibilité et soumission aux personnes aimées ». Cependant, pour lui, ces manifestations sont les conséquences d'une forme légère d'arriération mentale ou attribuées à une faiblesse de caractère (3, 54).

Il faudra attendre les travaux de Paul-Boncour et Philippe en 1905, et Dupré en 1907, pour reconnaître l'instabilité mentale comme une entité clinique distincte qui regrouperait divers signes constants du registre cognitif et comportemental et qui ne pourrait être expliquée par un autre trouble mental associé (54).

Mais déjà H. Hoffmann abordera ce problème en Allemagne dès 1845 et Charles Boulanger, l'élève même de Bourneville, soutiendra une thèse en 1892 consacrée à l'étude de l'instabilité mentale dans laquelle il identifie une population d'enfants caractérisée par un manque d'équilibre dans les facultés de l'esprit et qui ne peuvent fixer durablement leur attention.

En Grande-Bretagne, l'hyperactivité débute avec les écrits de Still en 1902, mais Still surfant sur les théories du darwinisme social en vogue à cette époque, parle de « contrôle moral défectueux » sous-tendu par une prédisposition biologique. C'est à lui que l'on doit l'idée d'atteinte cérébrale mineure (Minimal Brain Damage) et du concept de « Brain Damage Syndrom ». Ces théories seront renforcées par l'épidémie d'encéphalites en 1917 et 1918 qui s'est répandue en Europe et aux Etats-Unis et qui a laissé de nombreux enfants survivants présentant des troubles du comportement évoquant une hyperactivité et une inaptitude aux apprentissages (3, 25).

Les années cinquante verront émerger la notion de « Syndrome hyperkinétique » avec diverses hypothèses neurophysiologiques expliquant les symptômes. Il persiste donc une croyance en une lésion cérébrale à l'origine de l'hyperactivité.

C'est avec les travaux de Henry Wallon, médecin, psychologue et pédagogue, que l'approche descriptive de l'enfant va être profondément modifiée. Il va s'attacher à une méthode d'analyse multidimensionnelle et comparative, et ainsi va reconnaître l'importance des influences exercées par l'environnement et les émotions dans la genèse du trouble (3, 25).

Puis la thèse de Abramson (1940) consacrée aux enfants et adolescents instables vient fixer l'acceptation psychologique de l'instabilité infantile et dessinera ce qui deviendra par la suite la position française. Pour Abramson, le primum moyens de ce trouble doit avant tout être recherché dans un défaut du développement affectif, lequel conditionnerait tous les autres troubles associés (54).

Dans ce même mouvement de pensée, Heuyer et Lebovici (1951) individualisent une forme conditionnée d'instabilité rapportée à deux déterminants causaux : un ensemble de conditions de vie défectueuses et insécurisantes et des expériences de séparation précoce ou durable (54).

C'est à cette période que la conception de l'hyperactivité va commencer à diverger entre l'Europe et les Etats-Unis.

Dans les années cinquante/soixante, se renforce et s'affine le concept d'hyperkinésie (introduit par Dopchie en 1968) avec les travaux de Laufer et Denhoff en 1957 et Chess en 1960. Le syndrome hyperkinétique figurera dans le DSM II de 1974 et ces travaux encourageront toute une série d'études cliniques et de construction d'échelles d'évaluation des symptômes d'hyperactivité.

2. Les années quatre-vingts et les classifications DSM

Les années soixante-dix sont une période marquée par l'usage rapidement croissant des psychostimulants et par la réalisation multipliée de nombreux essais méthodologiques (120 études publiées en 1976 !).

C'est dans ce contexte que les classifications nord-américaines vont accueillir l'hyperactivité.

Le DSM-II introduit le diagnostic de « réaction hyperkinétique de l'enfance ou de l'adolescence » (25).

Ce sera le DSM-III en 1980 qui, le premier, donnera une définition élaborée du trouble qu'elle rebaptisera d'ailleurs « Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité » (3, 5).

Il s'agit alors d'une définition multidimensionnelle proposant trois séries de critères :

- la série A : critère « Inattention » avec cinq items,
- la série B : critère « Impulsivité » avec six items
- la série C : critère « Hyperactivité » avec cinq items.

Les sujets prétendant au diagnostic devaient remplir trois items au moins du critère d'inattention, trois items de celui d'impulsivité et deux manifestations du critère d'hyperactivité et ce, pour des enfants âgés de huit à dix ans, le début du trouble se situant avant l'âge de sept ans, avec une durée minimale de six mois.

Il est à noter que le DSM-III définit une autre rubrique intitulée « Trouble déficit de l'attention sans hyperactivité » dont les manifestations sont identiques à celle du TDAH à l'exception de l'hyperactivité.

La version suivante du DSM, le DSM-III-R, publiée prématurément, en 1987, va proposer une conception du trouble « hyperactivité avec déficit de l'attention » en rupture totale de la précédente (3, 6). La vision est devenue unidimensionnelle avec un regroupement des différents symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité sous forme d'une liste unique de quatorze items dont les sujets doivent en compter au moins huit depuis au moins six mois. Elle permet un classement des sujets selon la sévérité du trouble : léger, moyen et sévère, et permet ainsi d'évaluer le handicap fonctionnel.

Probablement sous l'influence du mouvement canadien, les critères diagnostiques du DSM-IV en 1995 marquent un retour à la multidimensionnalité (7).

La catégorie « Trouble déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) » implique la présence soit de six critères ou plus d'inattention sur une liste de neuf items présents depuis au moins six mois, soit la présence de six symptômes d'hyperactivité / impulsivité sur une liste de neuf persistant également depuis six mois.

Le DSM-IV insiste également sur le fait de retrouver une gêne fonctionnelle produite par les symptômes avant l'âge de sept ans et sur la nécessité de constater cette gêne dans deux types ou plus d'environnements différents. On doit noter une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire et professionnel.

Cette classification permet ainsi de dessiner trois sous-types selon la combinaison des différents critères :

- un TDAH type mixte,
- un TDAH type inattention prédominante,
- un TDAH type hyperactivité – impulsivité prédominante.

Les TDAH type mixte et type inattention prédominante semblent correspondre respectivement aux variétés « Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité » et « Trouble déficit de l'attention sans hyperactivité » du DSM-III. En ce qui concerne le TDAH type hyperactivité – impulsivité prédominante, il est légitime de s'interroger s'il constitue une entité séparée ou un stade précoce du type mixte.

Le DSM-IV propose d'appliquer la liste des critères et la quantité de symptômes nécessaires dans chaque rubrique aux enfants âgés de quatre à seize ans. Des questions se posent pour certains auteurs sur cette tranche d'âge, préférant une période allant de l'âge de cinq à seize ans, mais aussi sur la durée minimale requise de six mois, peut-être trop brève, qui pourrait être prolongée à douze mois minimum.

La nécessité de retrouver les symptômes dans deux situations différentes au moins pourrait également être problématique. Tout ceci méritera probablement un réajustement lors de versions ultérieures du DSM s'il doit y en avoir.

L'Organisation Mondiale de la Santé a également élaboré une classification en 1994 : la CIM-10 (3, 96). Celle-ci a également inclus plusieurs rubriques se rapportant aux comportements hyperactifs. La principale titre « troubles hyperkinétiques ». Elle exige la présence d'une inattention, d'une hyperactivité et d'une impulsivité, envahissantes, persistantes et présentes dans plusieurs situations.

- Critère d'inattention G1 : au moins six items présents sur neuf,
- Critère d'hyperactivité G2 : trois items au moins sur les cinq proposés,
- Critère d'impulsivité G3 : un critère au moins sur trois.

Ce trouble doit apparaître avant l'âge de sept ans, persister plus de six mois, être présent dans plus d'une situation et être à l'origine d'une souffrance ou d'une altération significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

Les critères de la CIM-10 et du DSM-IV sont presque les mêmes mais l'algorithme diagnostique est différent avec une définition de la catégorie plus étroite dans la CIM-10. Au lieu de définir des sous-types selon la nature des symptômes prédominants, elle permet une spécification selon que les critères du trouble des conduites sont ou non également remplis.

Ainsi, il existe d'autres rubriques « accessoires » dans la CIM-10 comme « la perturbation de l'activité et de l'attention » (répondant à l'ensemble des critères du trouble hyperkinétique mais pas à ceux des troubles des conduites) ou « le trouble hyperkinétique et trouble des conduites » (remplissant à la fois l'ensemble des critères du trouble hyperkinétique et ceux des troubles des conduites) ou encore « le trouble hyperkinétique sans précision » (en fait, une catégorie résiduelle).

3. L'émergence du concept d'hyperactivité chez l'adulte

Kraepelin en 1904 va décrire les « haltlose psychopathen » ou psychopathes instables. Ces adultes ont en commun avec ceux définis comme « irritables » et « instinctifs », une activité désordonnée, une absence de fil directeur perceptible et une incapacité d'inhibition (12, 25, 99).

En France, ce sont les médecins qui étudient l'instabilité chez l'enfant, qui vont examiner son devenir chez l'adulte.

Philippe et Paul-Boncour en 1905 puis Heuyer en 1940, vont plutôt proposer une vision pessimiste de l'avenir des enfants instables : difficultés professionnelles et sociales, échecs et marginalisation.

Abramson, quant à elle, va plutôt nuancer leur devenir, n'excluant pas que certains d'entre eux puissent mener une existence satisfaisante avec une bonne adaptation sociale.

Sur le continent nord-américain, Menkes (1967), Shelley (1972) et Borland (1976) vont montrer la persistance des symptômes d'hyperactivité à l'âge adulte avec retentissement notable (12).

Apparaissent ensuite les premières études longitudinales prospectives répondant à des critères plus exigeants de qualités méthodologiques. La plus ancienne est celle de Weiss, Hechtman et coll. en 1979 au Canada (130).

Un diagnostic spécifique aux adultes est déjà proposé dans le DSM-III : le « trouble déficitaire de l'attention, type résiduel » (5).

Vers la fin des années quatre-vingts, un mouvement de fond va rapidement prospérer, prenant sa source aux Etats-Unis, et va faire sortir le débat des cercles psychiatriques. La diffusion se fait vers le public via les médias. Des cliniques spécialisées pour adultes sont ouvertes et des associations de patients se créent. La principale fédération est le CAADD (Children and Adults with Attention Deficit Disorder).

En 1992, le trouble est même pris en compte par la législation américaine avec le Americans with Disabilities Act.

Weiss en 1992, puis Hallowell et Ratey en 1994 (59), vont rédiger des ouvrages sur l'hyperactivité de l'adulte destinés au grand public.

Quittant le continent américain, une importante étude épidémiologique est réalisée par Rasmussen en Suède en 2000 (103).

Des équipes de recherche apparaissent et des centres de soins s'ouvrent aux Pays-Bas, en Allemagne, au Royaume-Uni, en Espagne puis en Turquie, Nouvelle-Zélande, Australie...

En France, de telles unités sont encore peu nombreuses mais ont déjà émergé notamment à Paris et à Bordeaux grâce à des équipes hospitalo-universitaires. Des associations de patients francophones sont nées (12).

Des thèses de médecine ont été consacrées au sujet notamment celle de Diers en 2001 et Blondeau en 2004.

Ainsi l'intérêt pour les hyperactifs apparaît avec l'essor des classes moyennes, soucieuses d'assurer à leurs enfants des chances d'ascension sociale par la réussite scolaire et universitaire.

Puis les travaux sur les adultes ont commencé à fleurir répondant au souci d'explorer les conséquences de cette pathologie sur la vie professionnelle mais également dans le cercle plus intime de la vie familiale et personnelle, et donc de mesurer les souffrances psychiques qu'elle engendre chez les personnes qui en sont atteintes.

II - ETHIOPATHOGENIE DU TDAH

Il existe plusieurs grandes directions de recherches concernant les mécanismes étiopathogéniques de l'hyperactivité. Dans ce domaine, le TDAH déclenche encore des guerres assez nocives pour les patients et leurs familles (57).

Deux approches semblent toujours s'opposer (57) :

- un abord psychopathologique de l'hyperactivité, approche purement psychanalytique qui ne prendrait en compte que le sens du "symptôme" d'hyperactivité
- un abord neurobiologique ou neurocognitif qui postule une origine organique cérébrale du syndrome et se base sur des connaissances acquises sur la part respective de facteurs génétiques et environnementaux.

Comme toujours, la solution se trouve sûrement au carrefour de ces deux positions. En tout cas, le syndrome d'hyperactivité recouvre des situations cliniques extrêmement diversifiées qui ne peuvent en aucun cas se réduire à une approche neurobiologique pure, ni permettre de formater un traitement sur un mode psychothérapeutique exclusif.

1. Approche psychopathologique du TDAH :

Il s'agit d'un courant qui conçoit l'instabilité chez l'enfant comme de nature essentiellement affective et éducative.

La critique primordiale qui peut être faite aux concepts psychopathologiques du TDAH est que ceux-ci ne reposent que sur des études de cas dont les conclusions sont généralisées. Il existe une réticence profonde des psychanalystes à fonder la validation de leurs théories sur une démarche de nature épidémiologique (12, 74).

Berger (12) déplore d'ailleurs le hiatus entre la rareté des travaux publiés par ses confrères et la certitude avec laquelle sont affirmées certaines théories consistant à faire rentrer de force l'instabilité dans des modèles psychodynamiques déjà connus.

En 1988, en réponse au DSM-III qu'ils accusent de ne pas être vraiment exempt de préjugés sur l'étiologie des troubles décrits, Misès et coll. élaborent la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) (89).

L'hyperactivité reconnue dans un ensemble dénommé "hyperkinésie, instabilités psychomotrices" est alors rangée dans la section "troubles des fonctions instrumentales", troubles qui n'appartiennent à aucun des deux grands cadres des psychoses et des névroses (12, 89).

Dans l'une des rares études menées par Misès et fondée sur la CFTMEA, dans deux tiers des cas, le syndrome hyperkinétique se relie à une autre pathologie sous-jacente définie selon les critères de la CFTMEA comme essentiellement de type limite (29).

Différentes théories psychanalytiques ont été proposées au cours du temps pour expliquer le TDAH. En voici les principaux axes résumés succinctement :

→ l'hyperactivité serait une défense maniaque contre la dépression (12). La notion de défenses maniaques a été introduite par Mélanie Klein. Le sujet évite, au moyen d'un mépris triomphant de la réalité psychique, la dépression associée à la conviction d'avoir détruit l'objet interne et au sentiment d'en être responsable.

Une triade de sentiments appartient à la défense maniaque : contrôle, triomphe, mépris. Diatkine va longtemps défendre cette position. Ainsi, il constate que « l'enfant instable investit d'innombrables points de l'espace sous l'effet de l'identification projective, ces points représentant pour lui les mauvaises parties de lui-même qu'il inclue dans ce qui l'entoure et qu'il est important pour lui de garder en son pouvoir afin d'éviter d'être persécuté par ces objets devenus terrifiants » (in 12).

→ l'hyperactivité serait "une défaillance des enveloppes corporelles". Il s'agit d'une hypothèse défendue par Bergès en ne tenant compte que du symptôme hyperkinésie et en négligeant les autres aspects du syndrome. Le corps est assimilé à un carcan où l'enveloppe manque, carcan dont on doit sortir par irruption (l'hyperactivité) et

dont les limites sont à rechercher dans le monde extérieur et dans autrui. Dans ce cas, l'hyperactivité est comme une suture de ce qui vient à manquer au corps (12).

Cette théorie postule également une intentionnalité inconsciente chez l'enfant d'échapper au regard de la mère, position peu tenable puisque l'enfant est instable même sans la présence de la mère.

S'intéressant à la relation mère-fils, il rapporte que celle-ci ne "serait pas exempte d'une certaine tonalité incestueuse", au point, ajoute-t-il, "qu'on pourrait tout à fait formaliser l'instabilité comme un passage à l'acte du désir de la mère".

→ l'hyperactivité pourrait également entrer dans une théorie du fonctionnement opératoire développée par Marly et Smadja. Ainsi, l'instabilité serait un trouble psychosomatique caractérisé par une faiblesse des affects apparents et une carence dans les capacités à fantasmer. L'activité est un élément important chez un sujet en "état opératoire" pour éviter de basculer dans un état d'effondrement (12).

→ Berger, après avoir mis en évidence les lacunes, les contradictions et le caractère partiel des précédentes théories, propose quant à lui une classification de l'instabilité psychomotrice en fonction de l'histoire familiale et relationnelle de l'enfant (12, 25, 77).

Il décrit une série de situations familiales avec "interactions précoces défectueuses" ou "mères instables ou nerveuses" concomitantes à l'existence d'instabilité chez un enfant (11, 77).

Le principal argument en sa défaveur reste le délicat problème de trancher entre cause et conséquence. Qui de la situation familiale complexe ou de l'hyperactivité a engendré l'autre (12)?

→ Misès en 2001, dans la préface d'un livre de Ménéchal sur l'hyperactivité de l'enfant, expose sa propre conception des causalités à l'œuvre : du fait de traumatismes précoces, les enfants hyperactifs présenteraient des échecs de la mentalisation et de la symbolisation, et une pluralité d'expressions symptomatiques,

tant du côté du corps que du côté des agirs, dont la composante perverse n'est pas exclue (90).

Chagnon reprend ce concept et relate que :

"...l'hyperactivité serait toujours à resituer dans un contexte plus global de fonctionnement psychique essentiellement (bien que non exclusivement) référé à une organisation psychique de type limite, dont les perturbations proprement mentales sont souvent masquées, silencieuses ou blanches. Ces sujets s'avèreraient alors intolérants à la mentalisation en tant que celle-ci reste massivement angoissante ou source de désorganisation traumatique. Echouant dans ses fonctions de traitement de l'excitation, le psychisme aurait préférentiellement recours aux registres perceptivo-moteurs et comportementaux au risque d'une structuration progressive dans une néo-identité hyperactive impliquant la réponse de l'environnement assujetti à prendre en charge les défaillances du monde interne... " (in 29).

Chagnon posera la question : "Hyperactifs ou hypopassifs ?" (28).

→ Claudon a également décrit les particularités de la représentation de soi chez l'enfant hyperactif et propose un concept original : l'hypothèse d'un "agir instable", comme une représentation motrice spécifique ou une image corporelle inconsciente de soi, investie en lieu et place des objets internes conflictuels. La propension à agir résulte alors d'une pérennisation de l'acte du fait d'une circularité (32, 33) :

sensations proprioceptives → représentation → action → sensation

Toutes ces théories reprennent toujours des points essentiels :

- un enfant dans l'incapacité à dépasser le "stade préoedipien"
- des carences dans les fonctions parentales avec une mère ne rompant pas le lien anaclitique et un père souvent défaillant (ou tout au moins une non reconnaissance de sa fonction par la mère) (12).

Courtois reprend parfaitement ces théories en proposant deux sous-types cliniques de l'hyperactivité (37):

- une hyperactivité avec troubles des conduites relevant d'une problématique de séparation (avec angoisses massives de séparation et troubles précoces du sommeil)
- une hyperactivité composée essentiellement de troubles attentionnels, anxiété et difficultés scolaires relevant surtout d'une problématique narcissique (avec mode de pensée égocentrique, manque de distanciation et absence de stratégie d'anticipation, entraînant une évolution dysharmonieuse avec "dysmaturité" affective).

Cet abord psychopathologique des troubles, outre le fait de ne pas se confronter aux réalités épidémiologiques malgré les recommandations émises à ce sujet par Lebovici en 1968 (74), pose toujours sous bien des angles la délicate question de l'ordre des causes et des conséquences, notamment au niveau des particularités familiales et des interactions intra familiales (12, 29).

Il s'agit également d'une approche induisant une forte culpabilisation des parents.

Quant à la question du devenir de ces enfants hyperactifs, beaucoup aboutissent à la conclusion d'une structuration vers un état limite, conclusion souvent loin de la réalité clinique.

Enfin, soulevons une dernière interrogation face à cette approche psychanalytique du TDAH : l'une des grandes caractéristiques de l'évolution naturelle du syndrome à l'adolescence est une diminution des symptômes d'agitation surtout, et d'impulsivité à un moindre degré. Or, actuellement, il n'existe aucune interprétation psychodynamique de ce phénomène, et ce, même en extrapolant les différentes théories citées plus avant pour les rapporter au passage à la vie adulte (12).

Les raisons pour lesquelles les enfants présentent une pathologie de l'agir ayant tendance à s'atténuer, à se modifier spontanément à l'adolescence restent dans l'ombre de la psychopathologie.

2. Approche neurobiologique :

Les études de concentration familiale ont montré que le TDAH se cumulait dans les familles (12, 25, 100, 138, 139).

L'état actuel des connaissances suggère une participation biologique importante dans la physiopathologie de ce trouble et en particulier une forte influence génétique. Ainsi, le TDAH se caractérise essentiellement par sa dimension d'impulsivité liée à un défaut de contrôle inhibiteur qui impliquerait spécifiquement certaines structures cérébrales ainsi qu'un dysfonctionnement des systèmes catécholaminergiques et en particulier dopaminergiques.

Outre les investigations neurobiologiques, nous reviendrons également sur les travaux menés sur ce trouble en neuropsychologie. Bien sur, nous verrons également quelle part peut être attribuée aux facteurs environnementaux et psychosociaux dans la genèse du trouble.

a) Mécanismes neurobiologiques et imagerie: apports des tests neuropsychologiques et de l'imagerie pour mettre en évidence les voies neuronales impliquées dans l'hyperactivité (12, 25):

Des arguments suggèrent l'implication des systèmes dopaminergiques et noradrénergiques dans la physiopathologie du TDAH. En effet, les psychostimulants comme la D-amphétamine et le méthylphénidate, qui représentent la classe thérapeutique la plus efficace sur les symptômes du TDAH, sont des inhibiteurs de recapture de dopamine et de noradrénaline.

Le dosage de ces monoamines chez les sujets hyperactifs montre un dysfonctionnement des systèmes dopaminergiques et noradrénergiques ainsi qu'une corrélation de la dopamine avec les mesures comportementale d'impulsivité / hyperactivité (25).

Le système noradrénergique innerve de façon importante le cortex préfrontal qui joue un rôle fondamental dans le traitement et la hiérarchisation de l'information dans les

processus d'inhibition de réponse à des stimuli perturbateurs ainsi que dans la mémoire de travail. Il joue un rôle important dans la vigilance et dans les processus d'attention sélective. Les neurones noradrénergiques réagissent à la nouveauté (25).

Différemment, le système dopaminergique, par son implication dans les processus motivationnel et de renforcement, va réguler la réponse motrice et comportementale. Les neurones dopaminergiques sont essentiels à la sélection, l'initiation, le séquençage et le maintien des fonctions motrices. Leur activation diminue également la réponse aux stimuli nouveaux favorisant ainsi une certaine redondance des informations. Cette redondance permet le maintien d'un état d'alerte, favorise une aptitude à la réponse et facilite les processus de renforcement en permettant la formation d'association "stimulus - réponse" (25).

Dans le cadre du TDAH, tout semble se passer comme s'il existait une diminution de l'activité globale du système dopaminergique et du système noradrénergique.

- Technique d'imagerie (113, 114):

Les techniques d'imagerie du cerveau représentent une méthode d'approche relativement récente de la physiologie et des perturbations des fonctions cérébrales. Elles permettent la recherche d'anomalies neurochimiques ou neuroanatomiques potentiellement impliquées dans le TDAH.

Les données structurelles des principales études contrôlées par imagerie par résonance magnétique (IRM) montrent qu'il existe des anomalies structurelles caractérisées par des réductions de volume prédominant dans l'hémisphère droit et concernant le cortex préfrontal et le cortex cingulaire, ainsi qu'au niveau sous cortical par une diminution de volume du pallidum et une perte, voire une inversion de l'asymétrie des noyaux caudés (12, 113, 114).

D'autres structures cérébrales paraissent impliquées comme le corps calleux et une diminution du volume du vermis cérébelleux.

Chez l'adulte, les études morphologiques sont rares et une seule étude par IRM faite par Hesslinger et coll. objective une réduction du volume du cortex orbito-frontal gauche.

Grâce aux techniques d'imageries en PET-scan (Position Emission Tomography), il a été mis en évidence une diminution du métabolisme du glucose de 8 % dans le cortex préfrontal, le striatum et le thalamus de sujets hyperactifs (régions cérébrales impliquées dans le contrôle de l'activité motrice et dans l'attention) (27, 111).

Avec cette même technique, Volkow et coll. (127, 128) démontrent que le méthylphénidate (molécule efficace en traitement du TDAH) se fixe préférentiellement sur le striatum où elle bloque le transporteur de la dopamine (DAT), augmentant ainsi la concentration synaptique de ce neurotransmetteur.

Les études menées en SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) permettent une mesure quantitative et tridimensionnelle des débits sanguins régionaux, et donc de mesurer indirectement l'activité métabolique du cerveau.

Ces études montrent une diminution des débits sanguins régionaux, réversibles après traitement par méthylphénidate dans le striatum et les régions périventriculaires postérieures (25).

La SPECT a permis également de déceler les variations de densité du DAT avec une augmentation de 70 % de celui-ci chez les patients hyperactifs, et dans une seule étude, sa diminution après traitement par méthylphénidate.

- Tests neuropsychologiques (12, 25) :

De nombreux tests neuropsychologiques permettent d'évaluer les différents aspects des fonctions cognitives chez les adultes hyperactifs.

Seidman (114) recense plus de 70 tests différents utilisés dans les études. Citons la "Tour de Londres", le COWAT (Controlled Oral Word Association Test), le test de barrage de Zazzo, le Trail Making Test, le Test de Stroop.

Tous permettent de montrer que les altérations retrouvées chez les adultes hyperactifs sont concordantes avec les altérations du même syndrome chez l'enfant. Ces tests semblent avoir un pouvoir prédictif positif satisfaisant, mais jamais un pouvoir prédictif négatif satisfaisant, c'est-à-dire que des scores anormaux sont en général un bon indice pour le diagnostic d'hyperactivité, mais que des scores normaux ne permettent en aucune façon de l'écarter (62).

L'usage de ces tests ne peut donc être recommandé en situation diagnostique courante.

Combinés aux tests d'imagerie cérébrale, ils permettent d'affiner les études des dysfonctionnements neurochimiques : ainsi, un test de Stroop passé lors d'une IRM fonctionnel montre l'implication d'un dysfonctionnement du cortex cingulaire antérieur en cas de mauvaises performances au test.

Imagerie et tests neuropsychologiques sont utiles à la recherche visant l'étude des facteurs étiopathogéniques, et à celle visant le mode d'action des traitements, mais n'ont encore une fois aucun intérêt dans la démarche diagnostique clinique du TDAH (12).

b) Aspects génétiques du TDAH :

La fréquence et la gravité potentielle de ce trouble justifient la recherche de facteurs de vulnérabilité à la maladie (138).

Les études d'épidémiologie génétique ont montré que le TDAH était surreprésenté dans les familles de sujets atteints. On retrouve ainsi une plus grande prévalence du TDAH chez les apparentés du premier degré (parents, enfants et fratrie) avec 25 % de sujets atteints, c'est-à-dire cinq fois plus à risque qu'une population contrôle (138).

De plus, le risque pour les apparentés semble d'autant plus important qu'il existe une comorbidité avec le trouble des conduites chez le sujet atteint (84).

Les études de jumeaux ont précisé la composante génétique du caractère familial du TDAH, retrouvant des taux de concordance plus élevés chez les monozygotes (totalité des gènes identiques) que chez les dizygotes (50 % du matériel génétique commun) (12, 138, 139).

L'héritabilité du TDAH est estimée en moyenne à 80 %, ce qui en fait une des pathologies psychiatriques dans laquelle la contribution des facteurs génétiques est la plus élevée (12, 100, 138).

Le poids génétique dans la vulnérabilité au trouble est confirmée par les études d'adoption : les parents peuvent favoriser la survenue d'une pathologie chez leurs enfants biologiques par la transmission génétique et par les conditions environnementales qu'ils procurent alors qu'ils ne peuvent le faire que par les conditions environnementales pour leurs enfants adoptés. Ces études montrent des taux d'hyperactivité significativement plus élevés chez les parents biologiques d'enfants hyperactifs (7,5 %) que chez les parents adoptifs (2,1 %) (138).

Les études apparaissent sensiblement convergentes en faveur d'un poids majeur, mais non exclusif des facteurs génétiques dans la vulnérabilité au trouble (100).

La meilleure approche en génétique moléculaire consiste actuellement à examiner des gènes candidats, eux-mêmes choisis selon les hypothèses issues de la neurobiologie.

Ainsi, les gènes les plus étudiés concernent le métabolisme dopaminergique et noradrénergique, et en particulier ceux du transporteur de la dopamine (DAT), et ceux des récepteurs D4 et D5 à la dopamine (DRD4 et DRD5) (138, 139). En effet, les structures impliquées dans l'inhibition comportementale et le TDAH, en particulier le circuit fronto-striatal, sont richement innervées par le système dopaminergique et les traitements pharmacologiques qui atténuent les symptômes du trouble agissant sur le système dopaminergique (12).

Les méta-analyses de Faraone et Wohl confirment une association entre l'allèle 7 du récepteur DRD4 et le TDAH, rendant compte d'une vulnérabilité syndromique et

d'une association à des traits fréquents des patients hyperactifs comme la recherche de nouveauté (48, 138, 139).

Il est également mis en évidence un linkage positif pour les gènes DRD5 et 5HTT (transporteur de la sérotonine) (100).

En pharmacogénétique, l'allèle 10 du DAT et le génotype DRD4*7/5HTT LL ont été associés à une moins bonne réponse au méthylphénidate (12).

Des études contradictoires existent également à propos du gène de la cathécol-o-méthyl-transférase (COMT) (12).

En conclusion, tous ces gènes, et sans doute d'autres, pourraient intervenir dans la vulnérabilité au TDAH, selon un modèle polygénique et sans véritable effet de "gène majeur". L'effet de chaque gène pris isolément est modeste (138). L'hétérogénéité génétique pourrait être une explication possible de résultats contradictoires : différentes combinaisons de gènes pouvant être impliquées dans la survenue du trouble et donner lieu à une expression phénotypique similaire (12, 100).

Plus largement, une hétérogénéité étiologique n'est pas exclue dans le TDAH, dont certaines formes pourraient relever d'une forte vulnérabilité génétique (à ce sujet, les études familiales indiquent que le TDAH associé au trouble des conduites ou au trouble bipolaire pourrait correspondre à des formes présentant un poids de facteur génétique plus important). Les études familiales analysant le rôle du sexe dans le TDAH montrent que garçons et filles partagent les mêmes facteurs de vulnérabilité biologique, mais que la surreprésentation masculine du trouble pourrait être liée à une sensibilité particulière des garçons aux facteurs environnementaux durant les périodes pré et périnatales (138).

c) Facteurs environnementaux et psychosociaux:

Il faut être prudent et ne pas réduire les différents troubles psychologiques à leur déterminisme génétique. Tous les organismes sont en constante interaction avec l'environnement, lui-même en évolution permanente (105). Ainsi, les facteurs environnementaux peuvent être d'un grand poids dans le développement du TDAH, même si son héritabilité est importante.

Il paraît tout à fait probable que la vulnérabilité génétique à l'hyperactivité ne s'exprime pas de la même façon dans les différents environnements (12).

On ne sait cependant pas si les facteurs environnementaux sont forcément indispensables à l'éclosion du syndrome.

Plusieurs facteurs environnementaux ont été incriminés au cours du temps et des études sur le TDAH (12, 30).

Ainsi, l'idée que certains additifs alimentaires pouvaient jouer un rôle dans l'apparition du TDAH en tant qu'allergènes a été en vogue un temps aux Etats-Unis. De manière similaire, l'apport excessif de sucre dans l'alimentation a été suspecté de favoriser le trouble, mais rien n'a été confirmé par les études (25).

Plusieurs équipes ont également montré que la contamination par le plomb conduisait à des symptômes similaires à ceux du TDAH, mais cette théorie ne rend pas compte de la majorité des TDAH (12, 25).

A partir des années 1970, des études sur les carences en fer ont émergé et un rôle potentiel du métabolisme du fer dans la physiopathologie du TDAH a été soutenu. Une étude transversale plus récente de Konofal n'a cependant pas établi de lien de causalité entre carence martiale et hyperactivité (73).

Des études se sont également penchées sur l'association TDAH et complications de la grossesse ou de l'accouchement. Elles tendent à montrer que certains problèmes obstétricaux ou périnataux prédisposeraient les enfants au TDAH. Ainsi, toxémie

gravidique, éclampsie, mauvaise santé ou âge avancé de la mère, durée du travail, détresse foétale, petit poids de naissance et hémorragie prénatale sont autant d'éventuels co-facteurs pouvant éventuellement conduire au développement d'un TDAH (12, 25).

La saison de naissance paraît également être un facteur environnemental conjugué au rôle de la génétique en cas de TDAH. Ainsi, Seeger et coll. ont montré que selon leur saison de naissance, les enfants porteurs de l'allèle 7R du gène du récepteur de la dopamine couraient des risques différents de développer une hyperactivité. Le mécanisme probable de cette différence de risque selon la saison serait lié aux infections virales (112).

Il existe enfin une exception démontrée où un facteur environnemental est bel et bien responsable d'un risque accru de présenter un TDAH, associé à un terrain génétique défavorable : les études épidémiologiques de Thapar (122), puis de Kahn (66) montrent que le tabagisme maternel pendant la période prénatale, associé à la présence d'un allèle du gène DAT (transporteur de la dopamine) augmente significativement le risque d'hyperactivité, alors que chacun de ces facteurs pris séparément n'intervient pas.

En dehors des agents physiques, les facteurs psychosociaux sont également des facteurs environnementaux susceptibles d'interférer sur le risque de présenter une hyperactivité (30). Ainsi, les travaux de Rutter (107) et de Biederman (24) soulignent une corrélation positive entre un index d'adversité et un TDAH, ainsi que des troubles psychopathologiques associés. Ce facteur d'adversité serait défini par la présence ou non de six facteurs environnementaux : mésentente familiale sévère, niveau socio-économique peu élevé, famille nombreuse, criminalité paternelle, trouble mental maternel, placement familial (12).

De même, les déménagements fréquents, des horaires irréguliers, une insécurité affective, une éducation inadéquate, sont cités par de nombreux auteurs comme facteurs de poids précipitant un risque d'hyperactivité (43).

Cependant, ces facteurs de risque doivent être considérés comme des facteurs précipitants non spécifiques du TDAH, intervenant sur un sujet avec une vulnérabilité sous jacente ou comme modificateurs de l'évolution naturelle d'un trouble (25).

Il reste également à étudier avec précaution ces événements à risque puisque bas niveau social, conflits familiaux et criminalité paternelle peuvent tout à fait être des conséquences des gènes même responsables du TDAH, plutôt que des causes indépendantes du trouble (25).

Actuellement, de nombreux auteurs approchent également l'influence des éléments environnementaux sur le TDAH par une perspective d'anthropologie évolutive (65, 123). De la Préhistoire où une hyperactivité pouvait représenter un avantage sélectif certain, à la société moderne où les complications de la vie sociale, demandant une souplesse d'adaptation plus grande, deviennent un inconvénient pour les sujets hyperactifs, l'Homme a évolué vers un âge industriel favorisant une attention "troublée", voire "déchirée" (in 12).

L'évolution de la société va vers « une scolarité où le nombre de connaissances augmente, où les développements abstraits et intellectuels se multiplient, faisant apparaître un antagonisme entre l'agi de l'expérience concrète quotidienne et l'abstraction culturelle du mot, de l'écriture, de la lecture » (in 12).

Tout ceci représente un facteur d'augmentation du nombre d'adultes mis en difficultés, distinguant en cela le fait qu'à un degré de sévérité égale du syndrome, l'intensité du retentissement dépend de l'environnement.

De fait, le développement des médias audiovisuels et des jeux vidéos est particulièrement incriminé comme facteur favorisant l'hyperactivité. Aucune étude concrète n'a retrouvé d'arguments accusant la télévision comme élément précipitant une hyperactivité et une étude expérimentale de Green et Bavelier signale au contraire que la pratique des jeux vidéos pourrait améliorer les capacités attentionnelles (18, 58).

d) L'évolution des théories neurocognitives du TDAH :

Les premiers travaux imputaient le syndrome d'hyperactivité à un déficit des ressources attentionnelles, touchant en particulier l'attention sélective (d'après Douglas) (42).

D'autres déficits de ces ressources attentionnelles ont été incriminés ensuite : attention soutenue, mémoire de travail et anomalies de la vigilance sur le nyctémère (12, 21, 75).

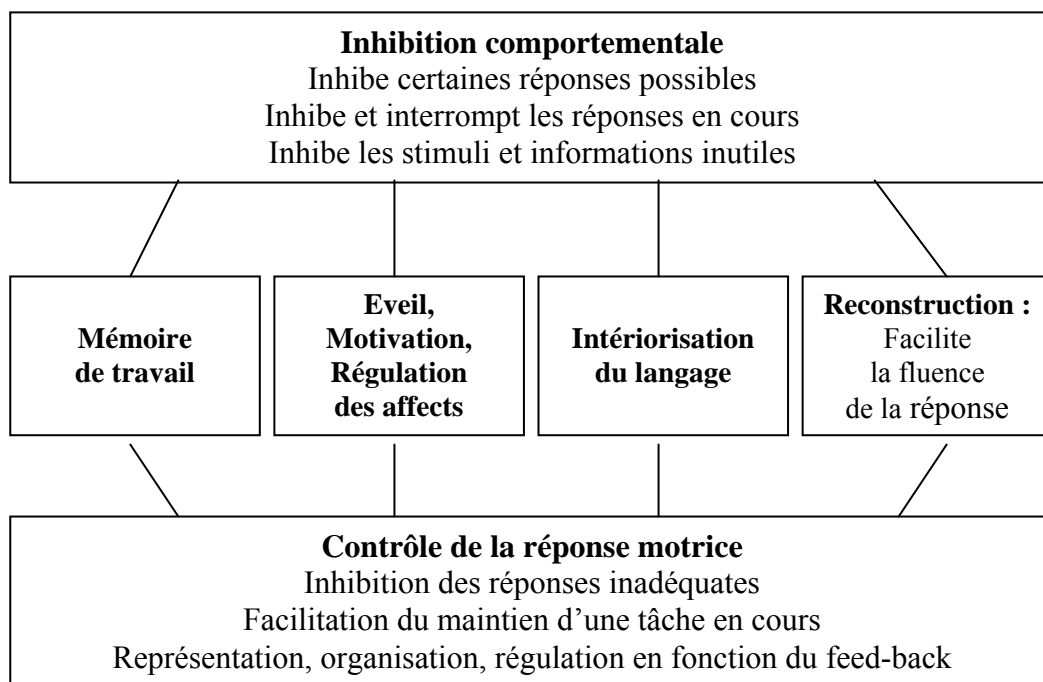
Mais les difficultés attentionnelles observées ne sont pas spécifiques du trouble et certaines anomalies du TDAH sont mal prises en compte par ce modèle des théories attentionnelles.

La recherche a donc orienté ses théories vers la conception de troubles des fonctions exécutives(12, 25). Les fonctions exécutives correspondraient à l'ensemble des opérations cognitives permettant à un individu d'ajuster son comportement à l'objectif qu'il vise, en s'adaptant de façon continue aux contraintes fluctuantes de l'environnement.

Elles engloberaient donc l'ensemble des opérations mentales traitant les informations, les organisant, élaborant une action et contrôlant l'exécution de cette même action, ainsi que celles inhibant les réponses non pertinentes liées à des stimuli distracteurs.

Dans ce modèle, le cortex frontal, et notamment le cortex préfrontal dorsolatéral droit et les circuits fronto-striés sont le siège de ces fonctions exécutives essentiellement.

Actuellement, le plus connu des modèles cognitifs du TDAH reste celui proposé par Barkley en 1997 (13). Il propose d'intégrer ce déficit des fonctions exécutives dans un système plus hiérarchisé, avec comme pilier de la pathologie hyperactive, un déficit des fonctions cognitives d'inhibition impliquées en temps normal dans l'adaptation du sujet aux modifications de son environnement (13).



Modèle de Barkley (1997), associant l'inhibition comportementale à quatre fonctions exécutives impliquées dans la coordination et le contrôle des réponses comportementales, motrices et verbales.

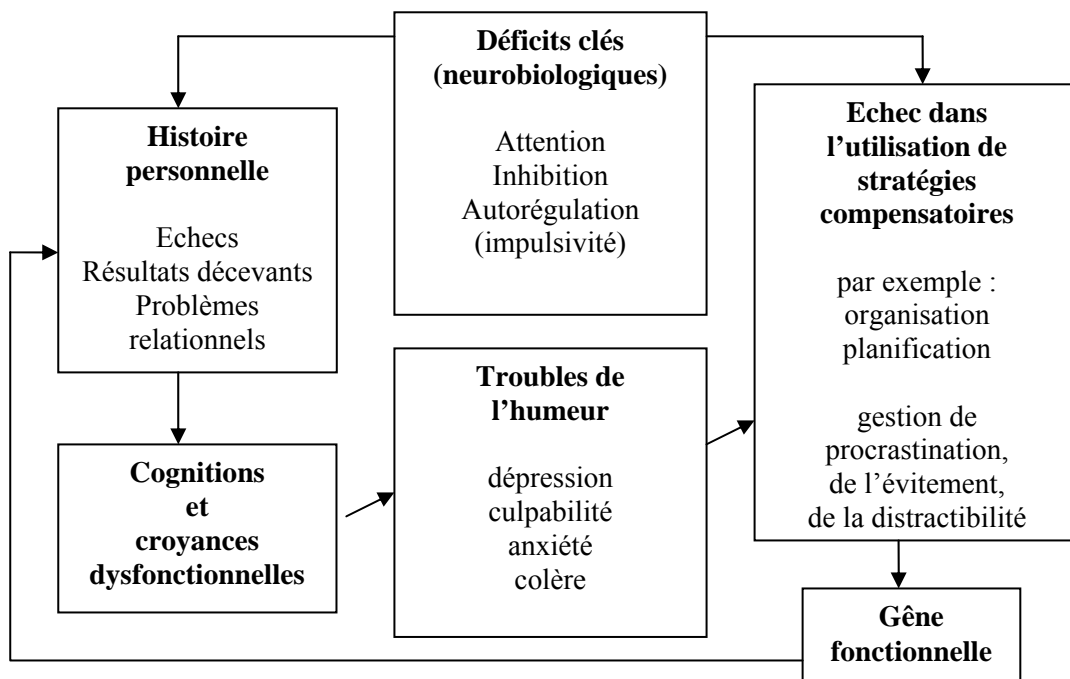
Grâce au modèle proposé par Barkley, l'inhibition permet au sujet d'échapper à l'emprise directe et immédiate du contexte dans lequel il est placé, et peut s'inscrire dans une temporalité. Le sujet hyperactif se trouve alors en difficulté pour s'inscrire dans la succession passé / présent / futur, et pour orienter et maintenir son action vers le futur (13).

Même si les données empiriques tendent à étayer le modèle de Barkley (test d'oculo motricité), tant chez l'enfant que chez l'adulte, de nombreux auteurs font des reproches à ce modèle, ne rendant pas compte de tous les tableaux cliniques (notamment celui avec trouble de l'attention prédominant), et proposent des modèles plus complexes encore. Ainsi, Sonuga-Barke élabore une théorie impliquant à la fois les fonctions d'inhibition régulant pensées et actions, mais aussi des difficultés motivationnelles fondées sur une intolérance au retard et à l'attente (116).

Sergeant propose un modèle "cognitif - énergétique" où il ajoute, en plus de l'intervention des fonctions exécutives et de l'intolérance au retard, une perturbation des ressources énergiques d'éveil, d'effort et d'activation (12).

Comings et Blum proposent quant à eux "un Syndrome de déficit de récompense", faisant intervenir une cascade de mécanismes régulateurs, multipliant les niveaux possibles pour que des mécanismes neurobiologiques entrent en jeu dans l'étiologie du TDAH et ayant le mérite de prendre en compte le caractère polygénique de la transmission génétique de l'hyperactivité (35).

Enfin, Safren et coll. proposent un modèle cognitif différent des autres : ils mettent en avant des mécanismes aggravant le retentissement des symptômes primaires. Ainsi, selon une série de boucles, les styles cognitifs et comportementaux adoptés par les sujets hyperactifs aggravent le retentissement des déficits neurobiologiques primaires, qui, eux-mêmes contribuent à engendrer les premiers (12, 108).



Modèle cognitif de l'hyperactivité.

(Safren S.A., Sprich S., Chulvick S., Otto M.W., in "Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder", Psychiatric Clinics of North America, 27 (2), 349-360, 2004.

Un grand champ du TDAH n'a encore que très peu été pris en compte par toutes ces théories cognitives. Tout comme dans l'approche psychodynamique, les théoriciens neurocognitifs négligent encore trop souvent l'aspect développemental du syndrome. Peu expliquent l'évolution vers une atténuation de certains symptômes du TDAH et la modification d'une partie du tableau clinique de l'enfant lors du passage à la vie adulte (12).

Il manque aussi des travaux établissant un lien plus clair entre données de la génétique et dysfonctionnements cérébraux.

Il y a toujours nécessité d'un travail multidisciplinaire synthétisant des modes différents d'analyse et prenant bien plus en compte le caractère hétérogène des causalités dans le TDAH, et notamment les facteurs sociaux et environnementaux dans la genèse du trouble.

Même si tous les travaux montrent que les mécanismes étiopathogéniques du TDAH de l'adulte s'inscrivent bien dans la continuité de ce qui est connu chez l'enfant, il est à espérer que les recherches se poursuivront dans le futur en prenant plus en compte les particularités à chaque âge, et en s'appuyant moins sur les modèles développés chez l'enfant, permettant ainsi une étude plus approfondie du mécanisme développemental du TDAH (12).

III – LES DEBUTS DU TDAH : RAPPEL DE LA CLINIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

1. Caractéristiques du TDAH de l'enfant

a. Epidémiologie

Malgré l'hétérogénéité des résultats de nombreuses études épidémiologiques consacrées à ce trouble, il est communément admis une prévalence de 3 à 5 % de TDAH dans la population générale. Ces chiffres sont valables pour des enfants d'âge scolaire et ne tiennent pas compte des prévalences à l'âge préscolaire, à l'adolescence et à l'âge adulte (25, 82).

Les études s'accordent à retrouver une prévalence du TDAH plus élevée chez les garçons que chez les filles. Le sexe-ratio varie de 2/1 à 4/1 en population générale et est de l'ordre de 9/1 en population clinique (82).

Il semblerait tout de même que la prévalence du TDAH soit sous-estimée chez les filles qui présenteraient plutôt des troubles de l'attention au contraire des garçons, avec des tableaux cliniques moins bruyants et donc moins repérables (25).

b. Symptomatologie du petit enfant

L'hyperactivité débiterait dans la petite enfance alors qu'elle ne va habituellement être diagnostiquée qu'à l'âge de la scolarisation.

Il y a souvent possibilité pour les parents de repérer le trouble dès l'acquisition de la marche et une mère sur trois décrirait des troubles dès la première année de vie (3).

Parmi les symptômes précoces mais non spécifiques, on peut citer les cris fréquents, le retard des vocalisations, les difficultés alimentaires, les troubles du sommeil, les troubles de la communication non verbale comme les sourires et les caresses (3, 25).

Par la suite, l'augmentation de l'activité, la distractibilité et les colères du jeune enfant sont là encore des signes cliniques pertinents bien que non spécifiques (25).

A l'âge préscolaire (entre l'âge de trois et cinq ans), il faut tout d'abord évaluer la tolérance parentale à l'augmentation développementale de l'activité motrice des enfants. Les enfants atteints de TDAH présenteraient des crises de colère fréquentes et intenses, un comportement non compliant de type oppositionnel, non amélioré par les attitudes éducatives habituelles des parents. Le rejet par les autres enfants commence dès lors à se faire ressentir (3).

On peut également observer l'apparition de comportements à risque exposant l'enfant à la survenue d'accidents. Là encore, les troubles du sommeil restent fréquents (92).

Plus la symptomatologie initiale est sévère, plus le trouble aura de chance de persister au cours du temps (3, 92).

c. La symptomatologie classique de l'enfant d'âge scolaire

La forme clinique du garçon d'âge scolaire avec une symptomatologie mixte est souvent prise en exemple car représentant le tableau le plus classique. L'enfant atteint de TDAH souffre de difficultés précoces et durables dans trois domaines (3, 11, 25, 30, 92):

- l'inattention,
- l'impulsivité,
- l'hyperactivité.

Ces manifestations vont se trouver inappropriées dans leur intensité et surviennent dans différentes situations nécessitant une attention, un certain contrôle de soi et une restriction des mouvements.

➤ **L'inattention** (3, 25)

Dans les remarques des parents et des enseignants, reviennent surtout les termes de « absent, rêveur, dans sa bulle, dans les nuages, tête en l'air » renvoyant aux troubles de l'attention.

En pratique, l'enfant passe d'une activité à l'autre, se lasse très vite, a des difficultés à suivre les consignes et à terminer les tâches, n'apporte aucune attention aux détails, évite ou répugne à s'engager dans des activités nécessitant un effort soutenu, comme le travail scolaire ou les tâches ménagères, il n'écoute pas quand on s'adresse à lui, il intègre mal les règles du dialogue et a du mal à participer de façon adéquate à une conversation, il se laisse distraire par n'importe quel stimulus extérieur. Il perd également souvent ses affaires, a du mal à s'organiser ou à gérer son temps et surtout à agir en routine (92).

En fait, certaines études expérimentales avancent l'hypothèse que le problème ne viendrait pas d'une plus grande distractibilité mais plutôt d'une moins bonne persévérance dans l'effort (25).

A noter enfin que les symptômes s'extériorisent préférentiellement dans les situations de groupe (famille, groupe classe en milieu scolaire ou groupe de sport ou de loisirs) alors qu'ils paraissent moins évidents en situation duelle (12, 25).

➤ **L'impulsivité**

L'impulsivité motrice conduit l'enfant à des actes risqués sans qu'il en perçoive précisément le danger, à de nombreux bris d'objets ou destruction de biens divers lui appartenant ou appartenant à l'entourage (92).

Il bouscule ses camarades, leur arrache des objets des mains, est incapable d'attendre son tour dans les jeux ou les activités de groupe.

Sur le versant « cognitif », l'impulsivité se traduit par des interventions intempestives, une précipitation pour répondre aux questions, sans attendre qu'on ait fini de les poser, une incapacité à différer les demandes...(25)

Tout cela rend l'enfant importun pour les autres et souvent difficilement gérable. Tout ce passe comme s'il manquait de censure sociale (25). On peut interpréter tout cela comme un manque d'inhibition, une difficulté de régulation comportementale.

Il est difficile, voire impossible, de différencier le facteur impulsivité du facteur hyperactivité motrice (3).

➤ **L'hyperactivité**

L'activité motrice est excessive et sans but (25). L'enfant quitte son siège sans permission, en classe ou dans de nombreuses situations inappropriées.

Assis, il agite ses mains et ses pieds, se tortille sur sa chaise, se balance. Il est incapable de rester calme, même sur demande, tripote les objets et touche à tout (92).

Il parle souvent fort et en dehors du contexte, fait des commentaires à voix haute et des bruits incongrus. Les parents le décrivent « entraîné par un moteur », « monté sur un ressort ».

Il est démontré que les enfants hyperactifs sont plus agités que les enfants « normaux » durant la journée comme durant la nuit, mais il existe des fluctuations significatives de ce symptôme en fonction des situations (25).

➤ **Autres symptômes**

Outre les trois symptômes nucléaires cités ci-dessus, d'autres sont aussi décrits (12, 25):

- l'intolérance à la frustration, l'incapacité à se plier aux demandes et à respecter les règles imposées par les adultes,

- l'entêtement, l'autoritarisme qui va s'exercer aussi bien sur les parents que les camarades ; les hyperactifs essayent de les diriger en imposant leurs volontés et leurs désirs,
- la « dysrégulation émotionnelle » avec expression des émotions changeantes, imprévisibles, parfois extrêmes, les rendant déconcertants pour l'entourage.

On décrit aussi un manque d'empathie chez ces enfants, incapable de se mettre à la place des autres, d'envisager d'autres points de vue, d'apprécier les besoins et les sentiments d'autrui.

➤ **Variabilité des symptômes** (25, 92)

Le tableau clinique du TDAH a la particularité de se modifier dans son expression et son intensité en fonction des circonstances. L'enfant hyperactif n'a pas, en effet, le même comportement dans toutes les situations. Ainsi, la symptomatologie est en diminution si :

- la situation est duelle ou de supervision,
- la situation est nouvelle,
- il y a récompense prévue pour le sujet,
- il y a renforcement fréquent des comportements appropriés,
- il est en présence du père.

A l'inverse, la symptomatologie s'accroît si:

- les situations exigent un effort intellectuel et une attention soutenue,
- les situations sont monotones,
- il y a fatigue,
- Il est en présence de la mère.

➤ Retentissement du TDAH

Le retentissement est important : ces enfants font l'objet de disqualification et de rejet de la part des pairs, des enseignants et parfois même de la famille. Ils peuvent devenir de véritables « boucs émissaires » (3, 25).

Leurs échecs successifs et constants et les réprimandes les conduisent à la démotivation, à l'impuissance apprise et à une faible estime de soi.

L'hyperactivité étant responsable d'une fluctuation du rendement assez caractéristique dans les exercices réalisés à l'école, il n'est pas rare de constater échec scolaire, redoublement, voire exclusion du système scolaire dans les cas sévères (92).

Le TDAH n'est pas le seul en cause : des troubles comorbides peuvent venir compliquer le tableau.

d. Principaux troubles comorbides (3, 25, 86, 92)

Les troubles comorbides ont une fréquence particulièrement importante dans l'hyperactivité. Ils connaissent également des modifications développementales de l'enfance à l'âge adulte. On retrouve :

- Les troubles du comportement : les colères pathologiques et surtout le trouble oppositionnel avec provocation (défini comme un ensemble de comportements répétitifs et persistants de désobéissance, d'opposition, de provocation, d'hostilité envers les autres) (86);
- Les troubles des conduites (ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles les droits fondamentaux d'autrui et les règles sociales sont bafouées comme agression envers les personnes ou les animaux, les destructions volontaires de biens matériels, le vol, le racket, la fugue, l'école buissonnière...) (86);
- Les troubles des apprentissages : ils peuvent être de tous types : trouble d'acquisition de la lecture, trouble d'acquisition de l'expression écrite, trouble d'acquisition du langage versant expressif et/ou réceptif, trouble

d'acquisition de l'arithmétique, dyslexie, dysorthographe, dyscalculie (25, 124);

- Les troubles anxieux : on retrouve surtout des angoisses de séparation et l'anxiété généralisée chez un tiers des enfants TDAH. L'anxiété semble jouer un rôle protecteur sur l'association aux troubles comportementaux moins représentés en cas de troubles internalisés de type anxieux. Ces troubles se retrouvent surtout dans les formes de TDAH type attentionnelles prédominantes (86);
- Les troubles dépressifs : l'association hyperactivité et dépression induirait un tableau particulier, avec forte intensité de l'hyperactivité. Ces formes seraient marquées par un dysfonctionnement psychosocial plus important, des hospitalisations fréquentes et des risques de gestes suicidaires. L'éventualité d'une évolution vers un trouble bipolaire se pose à plus long terme (86).
- Les troubles bipolaires : rares chez le jeune enfant (0,4 % d'épisodes maniaques avant l'âge de 10 ans). Nous reviendrons plus en détail plus loin sur cette association toute particulière.
- Troubles du sommeil : existant souvent dès la petite enfance, ils sont de divers types : troubles de l'endormissement, réveils nocturnes, parasomnies, excès de mouvements nocturnes (25).
- Enurésie et encoprésie : à l'âge de six ans, les enfants hyperactifs ont deux fois plus de risques que les autres de présenter une énurésie nocturne et 4,5 fois plus de risques d'avoir une énurésie diurne. 23,4 % des enfants souffrant d'encoprésie auraient des scores d'hyperactivité significatifs et ce quels que soient le sexe et la tranche d'âge (25).

2 – Interlude : Le TDAH chez l'adolescent

Comme nous avons pu le voir, de nombreuses études contrôlées ont remis en cause l'opinion longtemps admise selon laquelle l'évolution du TDAH était spontanément favorable à la puberté (92).

Le TDAH est un trouble chronique qui peut avoir des conséquences graves dans une proportion importante de cas.

Le taux d'évolution favorable à l'adolescence varie selon les études de 16 à 48 %. Dans tous les cas, on note que l'hyperactivité s'atténue progressivement. A contrario, la persistance du trouble à l'adolescence varie selon les études de 30 à 72 % avec un tableau plus ou moins identique à celui observé dans l'enfance (3, 12, 25).

Bien souvent, on note que l'hyperactivité motrice va avoir tendance à diminuer ou à s'exprimer par un sentiment plus subjectif d'impatience motrice, tandis que impulsivité et inattention vont demeurer stables créant les difficultés d'adaptation scolaire, éducative et interpersonnelle (41).

En outre, certains de ces patients intègrent l'hyperactivité dans leur personnalité et se présentent comme enjoués, communicatifs, sportifs, toujours en mouvement (41, 104).

Il y a donc à la fois continuité et changement au cours du temps (92, 141).

Lorsque l'on rencontre un adolescent souffrant de TDAH, il est important de retracer l'historicité du trouble. L'entrevue de l'adolescent avec ses parents permet d'appréhender le fonctionnement familial, l'histoire familiale ainsi que les interactions entre l'adolescent et ses parents (30, 92).

Pour détecter d'éventuelles comorbidités, il peut être également important de rechercher le fonctionnement général du jeune à l'école, dans la société et dans le groupe de pairs et surtout de noter l'attitude de l'adolescent à l'égard de son problème (41).

Une attention toute particulière sera ainsi prêtée à l'impact intrapsychique des troubles antérieurs et à la manière dont le processus adolescent s'inscrit de manière traumatique ou non dans l'évolution du jeune.

Le bilan prévoira aussi une recherche de trouble des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie), ainsi qu'une éventuelle évaluation du quotient intellectuel pour déterminer le profil d'intelligence et le potentiel de performance scolaire (30).

Ces patients risquent de ne pas atteindre un niveau éducatif correspondant à leurs capacités intellectuelles, les défavorisant plus tard au niveau de leur situation professionnelle (25).

Il existe un taux d'échec scolaire malheureusement élevé. Il est lié en partie au trouble cognitif, en partie à la pauvre estime de soi et en partie aux difficultés avec les pairs qui s'aggravent. Seulement 20 % des adolescents souffrant de TDAH auront une scolarité normale (25).

Les conflits autour du travail à faire à la maison contribuent à détériorer la relation parents/ enfants et l'estime de soi de l'adolescent (25).

Les conduites à risque, de recherche de sensations (sports à risque notamment) et de nouveautés apparaissent avec vigueur à cet âge et sont souvent rattachées à l'impulsivité. Ces jeunes sont également, davantage que des sujets contrôlés, auteurs d'accidents de véhicule, associés à des dommages corporels (15).

Les problèmes évoluent de façon exponentielle lors du passage de l'enfance à l'adolescence (41).

Les adolescents TDAH sont ainsi plus à risque de présenter des moments d'agressivité, des problèmes disciplinaires, des conduites d'opposition, voire des conduites délinquantes.

Attention cependant : le TDAH n'est pas en soi un facteur prédisposant à la délinquance. En revanche, il constitue un facteur de risque pour le développement d'une personnalité antisociale, elle-même facteur de risque pour le développement d'une criminalité ultérieure.

Ainsi, un sujet ayant présenté un TDAH dans l'enfance a, selon les études, 23 à 27% de risque de développer une personnalité antisociale. Près de 28 % des hyperactifs ont été arrêtés plus d'une fois contre 8 % des « non hyperactifs ».

Il existe également un risque plus important chez les adolescents hyperactifs d'abus de substances toxiques. En tête des substances utilisées, viennent le tabac et le cannabis. Selon l'étude de Gittelman et coll. (1985), 19 % des enfants souffrant de TDAH présentent un trouble abus de substances toxiques à l'adolescence, le plus grand facteur de risque étant la persistance du TDAH (in 25).

Mannuzza et coll. (1998) formulent des conclusions similaires avec 16% d'adolescents TDAH avec abus de substances (80).

Emotionnellement, les adolescents TDAH sont facilement frustrés, agités ou déprimés. Les échecs successifs qui commencent à s'accumuler vont souvent avoir un impact négatif sur leur estime d'eux-mêmes et vont ainsi induire des périodes de dépression chez un certain nombre. Cela vaut particulièrement pour ceux qui ont été diagnostiqués tardivement au cours de l'adolescence. Toutes les caractéristiques vont alors être retrouvées : tentatives de suicide, dépression majeure, dépendances (drogues, alcool...) (41).

Ainsi, la question de la dépressivité semblerait plus fréquente chez les filles qui ont souvent présenté un TDAH non perçu par le passé. En effet, les filles présentent bien plus souvent un tableau de troubles attentionnels prévalents où l'hyperactivité est absente et ne sont ainsi diagnostiquées que plus tardivement (25). Elles ne sont pas très attentives à l'école, travaillent avec peine et présentent des résultats peu satisfaisants. Quand elles arrivent à l'adolescence, elles ont déjà subi de nombreux échecs scolaires, sont très dévaluées, timides et souvent dépressives. Elles ont de plus une hypersensibilité au stress et une désorganisation au niveau scolaire (41).

Sur le plan pubertaire, les familles d'adolescents « normaux » éprouvent une période de conflits exacerbés durant cette étape (41).

Cette période est habituellement plus intense pour les familles avec des adolescents souffrant d'un TDAH. On trouve des conflits caractérisés par un adolescent qui désobéit, répond, interrompt, proteste, explose, refuse de négocier et se rebelle. Il peut y avoir une perte de contrôle totale de la part des parents. Ces conflits séparent les membres de la famille, créant des difficultés conjugales, voire parfois des séparations.

Les facteurs prédictifs d'une évolution péjorative à l'adolescence (personnalité antisociale, abus de drogue) sont difficiles à préciser en raison de la comorbidité élevée du trouble avec d'autres troubles psychopathologiques (trouble des conduites, trouble des apprentissages) et de la combinaison variable de caractéristiques personnelles (quotient intellectuel, tempérament), sociales (niveau socio-économique de la famille) et familiales (fonctionnement familial, psychopathologie parentale et notamment présence d'un parent souffrant de TDAH) (25).

D'après Biederman et coll. (23), les facteurs prédictifs de persistance du trouble sont représentés essentiellement par la comorbidité psychiatrique, par la présence d'une adversité psychosociale et d'une agrégation familiale du trouble.

Quoi qu'il en soit, il est évident que le devenir du trouble à l'adolescence conditionne la symptomatologie observée à l'âge adulte (3).

IV – LE TDAH DE L'ADULTE

1. Epidémiologie : et ensuite ? Le devenir des troubles de l'enfant hyperactif : études menées et résultats hétéroclites :

Alors que chez l'enfant un large consensus prévaut pour admettre que l'hyperactivité a une prévalence estimée entre 3% et 5% des enfants d'âge scolaire, il n'en est pas de même à l'âge adulte (12).

Les études descriptives mettent en évidence une diminution de la prévalence du TDAH avec l'âge. Les prévalences les plus élevées se retrouvent pendant l'enfance.

On assisterait ensuite à une diminution de celles-ci à partir de l'adolescence et tout au long de la vie.

Il faut cependant se méfier d'interprétations trop hâtives. Chez les adultes, les symptômes restent grandement invalidants pour une grande proportion d'entre eux. En fait, la symptomatologie se modifie avec l'âge et l'on assiste peu à peu à une diminution voire une disparition des symptômes d'hyperactivité/impulsivité alors que l'inattention persiste (12).

Ainsi donc, les chiffres de « rémission » à l'âge adulte semblent être largement fonction de la définition. S'il y a bien rémission syndromique (les adultes ne répondent plus aux critères du DSM IV et les questionnaires « enfant » deviennent inadaptés face à l'entrée dans la vie active) dans plus de 60% des cas à 18-20 ans, il n'y a cependant que 30% de rémissions symptomatiques (où plus aucun symptôme entraînant une gêne dans la vie quotidienne n'apparaît).

Jusqu'à celle supervisée par Kessler en 2004 (70), aucune enquête épidémiologique transversale n'avait été conduite dans aucun pays dans la population générale adulte. Les chiffres publiés n'étaient donc qu'extrapolation d'enquêtes de prévalence infantile, complétées par une poignée d'études longitudinales entamées dans l'enfance et dont aucune n'avait été menée au-delà de l'âge moyen de 26 ans.

Les divergences étaient de mise : les uns comme Wender (136) proposaient des estimations élevées de la prévalence entre 2% et 7%, d'autres comme Hill et Schoener (63) ou Mannuzza et coll. (80) concluaient à un déclin exponentiel de la prévalence (diminution de 50% tous les 5 ans) jusqu'à une quasi disparition du trouble chez les trentenaires.

Ces conclusions opposées reposent largement sur des problèmes de questions méthodologiques. Ainsi, les études menant à la conclusion d'une forte persistance des troubles à l'âge adulte (au Canada et en Suède), souffrent-elles du fait d'avoir inclus des enfants présentant des troubles comorbides pouvant constituer un facteur de gravité et donc de moins bon pronostic (troubles des conduites à Montréal et troubles de l'acquisition de la coordination en Suède) (12).

A l'inverse, les études concluant à une quasi-disparition des troubles une fois adulte (New York et Nouvelle Zélande) pêchent du fait de n'avoir inclus aucun enfant présentant de troubles comorbides, mais aussi souffrent du choix de la source d'information sur les symptômes puisqu'à l'âge adulte, les études ne reposent plus que sur des auto-questionnaires (sous évaluant ainsi les symptômes). Le choix de critères identiques chez adultes et enfants influe également en faisant baisser la prévalence (12).

Les conclusions de la première enquête transversale dirigée par Kessler en 2004 amènent un chiffre plutôt élevé : la prévalence de l'hyperactivité à l'âge adulte serait encore de 4,4%, donc très proche des chiffres de celle de l'enfant (70).

Au vu de toutes ces études, on peut raisonnablement estimer que moins de 30% des TDAH disparaissent à l'âge adulte, plus de 40% persistent et que 30% se compliquent de pathologies psychiatriques et de trouble de la personnalité de type antisocial (3).

Le sex-ratio homme/femme est proche de 1/1. Ce changement apparent de sex-ratio dans l'enfance par rapport à l'âge adulte pourrait s'expliquer par une sous-estimation du nombre de filles hyperactives dans l'enfance (du fait entre autre de la

prédominance de formes inattentives chez la fille, moins repérables) alors qu'elles sont mieux identifiées à l'âge adulte lorsque les questionnaires évoluent (25).

Pourquoi, alors qu'il semble exister tant d'adultes présentant un TDAH, cette problématique est-elle si peu connue dans le monde de la psychiatrie adulte ?

Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette méconnaissance :

- Chez l'adulte, l'hyperactivité motrice baisse fréquemment. Les troubles de l'attention et les difficultés d'organisation passent à l'avant-plan mais les praticiens semblent y accorder moins d'importance.
- Chez l'adulte, le TDAH est souvent associé à une labilité de l'humeur et à une hyperactivité émotionnelle, souvent interprétées comme les manifestations d'un trouble de la personnalité.
- Selon certains critères restrictifs, on ne peut poser le diagnostic de syndrome hyperkinétique en présence d'une comorbidité de dépression.
- Le DSM IV mentionnant le TDAH dans le chapitre des troubles à début infantile, la psychiatrie adulte est moins familiarisée avec le sujet et y accorde moins d'intérêt.
- Tant dans la fonction que dans la pratique, les pédopsychiatres et les psychiatres pour adultes n'ont que peu d'échanges. Ainsi, une fois devenus adultes, les enfants atteints de TDAH ne bénéficient pas de prise en charge systématique.

En conclusion, perdus de vue par le système médical, ne rentrant plus parfaitement dans les « cases » des critères diagnostiques du TDAH de l'enfant, dans l'ombre d'une comorbidité accompagnant le TDAH, plus familière et privilégiée par les psychiatres d'adultes, les adultes atteints de TDAH semblent sous-évalués et n'en restent pas moins nombreux et en souffrance au quotidien. Mais les avancées en termes d'échelles d'évaluation pour les adultes, d'études sur les recueils de données ou de propositions quant à l'adaptation des critères diagnostiques de l'enfant, permettent désormais de bien mieux poser ce diagnostic chez l'adulte (12).

2. Poser le diagnostic du TDAH chez l'adulte :

Le diagnostic de TDAH chez l'adulte ne posera pas de difficultés insurmontables dans le cas d'un patient déjà reconnu et suivi comme hyperactif durant l'enfance : les critères d'évaluation et les échelles permettent de repérer et de suivre l'évolution de son trouble.

Poser un diagnostic positif de TDAH deviendra cependant plus complexe si l'adulte qui vient consulter n'a jamais été diagnostiqué comme tel jusque là et découvre le trouble à l'occasion du diagnostic de TDAH chez un de ses enfants ou même sans autre critère que d'avoir erré jusque là de médecin en médecin sans avoir obtenu de diagnostic « satisfaisant » auparavant. La discussion qui suivra se portera essentiellement sur ce dernier cas.

De nombreux auteurs modernes décrivent les signes de l'hyperactivité chez l'adulte et ses conséquences sur le fonctionnement global de ceux qu'elle affecte. Le tableau clinique est riche. Malgré cela, il n'existe aucun critère diagnostique consensuel chez l'adulte (25).

Aucun signe clinique, qu'il appartienne ou non à la triade cardinale (agitation, inattention, impulsivité) n'est spécifique et encore moins pathognomonique de l'hyperactivité. Tous peuvent se rencontrer soit dans la vie quotidienne, en l'absence de toute pathologie, soit dans d'autres troubles de nature somatique ou psychiatrique (25).

Si une hyperactivité est suspectée, la question du diagnostic positif entraîne deux impératifs (12, 25):

- recueillir des informations fiables,
- comparer les signes collectés à des critères de diagnostic.

Une seconde question reste celle du diagnostic différentiel et des troubles comorbides, deux volets intimement liés entre eux (12).

En effet, dans certains cas, le patient présente des troubles de nature somatique ou psychiatrique qui imposent d'écarter le diagnostic d'hyperactivité. Des arguments consensuels permettent de décider quel diagnostic prévaut malgré la présence de signes communs à deux pathologies.

Mais dans d'autres cas, l'intrication fréquente entre diagnostic différentiel et troubles comorbides chez les adultes hyperactifs brouille les cartes.

Les cliniciens considèrent que le TDAH chez l'adulte est rarement une pathologie isolée, la comorbidité en est même au contraire la règle.

En général, l'hyperactivité chez l'adulte reste souvent dans l'ombre car le trouble comorbide qui l'accompagne dans la majorité des cas est souvent plus familier aux psychiatres d'adultes et donc privilégié.

a. Le recueil des données

- Le diagnostic rétrospectif

Tous les systèmes de critères s'accordent sur l'exigence d'établir un début des troubles dans l'enfance et une évolution continue ensuite(12).

Le DSM impose qu'une gêne fonctionnelle soit perceptible avant l'âge de sept ans, mais de nombreux auteurs comme Applegate, Barkley et Biederman pensent que ce critère est trop restrictif, notamment chez les enfants présentant un déficit attentionnel prédominant (9, 14). Le critère de l'âge de sept ans pose également problème lorsque les adultes n'ont qu'un souvenir imprécis de l'âge auquel les symptômes ont réellement entraîné une gêne.

Au-delà de ces considérations d'âge, comment assurer un diagnostic rétrospectif qui soit fiable de la situation dans l'enfance ?

Recueillir des témoignages à l'âge adulte concernant des symptômes d'hyperactivité dans l'enfance soulève interrogations et controverses (12).

Un recueil inexact des évènements anciens et des changements de comportement entraîne des biais qui opèrent dans les deux sens.

Plusieurs auteurs se sont interrogés sur le fait de savoir si le risque majeur du diagnostic rétrospectif de l'enfance était le sur ou le sous-diagnostic.

Ainsi Manuzza et coll. trouvent dans une étude longitudinale qu'un cinquième des adultes interrogés rétrospectivement ne se souviennent pas avoir été hyperactifs dans l'enfance alors que diagnostiqués comme tel à l'époque (81).

Klein et Wender (137) arrivent à un risque de sous-diagnostic encore plus élevé allant jusqu'à 40 %. Ce risque est donc bien réel.

Le risque inverse de surévaluation est plus difficile à mesurer mais Manuzza retrouve après étude que 11 % des sujets témoins exempts de troubles dans l'enfance sont mal diagnostiqués comme ayant eu un TDAH dans l'enfance. Ce risque de surévaluation n'est donc pas nul mais s'avère nettement plus faible que celui de sous-diagnostic (81).

Faraone et coll. (46) concluent, quant à eux, à la fiabilité du recueil chez l'adulte de ses antécédents d'hyperactivité dans l'enfance, quand il est fait avec de bonnes méthodes : des questions plus spécifiques attirent des réponses plus précises que des questions ouvertes. Il faut inclure un interrogatoire des parents de sujets pressentis comme souffrant de TDAH et comparer les souvenirs de ceux-ci avec ceux du patient (12).

La fiabilité du diagnostic rétrospectif peut également être améliorée en s'appuyant sur des informations provenant d'autres sources : bulletins scolaires lorsqu'ils sont encore accessibles, livrets scolaires, rapports d'examens médicaux ou psychologiques. Tout ceci est d'autant moins disponible que le patient avance en âge (12).

Ainsi, établir rétrospectivement l'apparition de troubles dans l'enfance et son évolution jusqu'à l'âge adulte reste un exercice quelquefois aléatoire nécessitant toujours de la part du clinicien rigueur et expérience confirmées du diagnostic chez l'enfant et l'adolescent.

- Le diagnostic des signes plus actuels

Les symptômes de l'hyperactivité chez l'adulte sont éminemment variables et fluctuants à court terme. C'est un trait typique : le tableau symptomatologique s'aggrave en situation de groupe et inversement les signes diminuent ou disparaissent lorsque l'environnement est nouveau ou attrayant et dans les situations duelles comme par exemple dans le cabinet du praticien. Conséquence importante : peu de symptômes sont directement observables pendant la consultation elle-même. Le diagnostic va, là encore, reposer sur l'interrogatoire ainsi que sur l'évaluation de la gêne fonctionnelle engendrée par le trouble dans la vie sociale, familiale et professionnelle (25).

Tout comme pour le diagnostic rétrospectif, se pose la question de la fiabilité de l'interrogatoire du patient. Là encore, il semble important de remédier à ce problème par un recueil de témoignages auprès de l'entourage : conjoints, parents, amis, voire dans de rares cas employeurs.

Il existe en effet une difficulté d'auto-observation chez les adultes TDAH : ils ont une difficulté à s'observer eux-mêmes et ce critère compte parmi les points à prendre en considération dans le diagnostic du syndrome selon Hallowell et Rattey (59).

Si les patients sont assez lucides sur certains de leurs symptômes, ils le sont rarement sur tous et ils sous-évaluent fréquemment l'intensité et la fréquence des signes ainsi que le retentissement sur l'entourage.

Il existe des échelles d'évaluation qui n'ont qu'un rôle d'appoint dans le diagnostic. Nous les reverrons ultérieurement.

Conners (36) et Brown (26) ont été conduits à réaliser également des questionnaires spécifiques pour l'évaluation d'un adulte hyperactif par un tiers, soulignant ainsi l'intérêt des renseignements obtenus auprès de l'entourage.

b. Critères diagnostiques

Il existe une absence de consensus quant aux différents systèmes de critères diagnostiques chez l'adulte : ils divergent entre eux sur des points parfois importants (12).

Plusieurs systèmes de critères diagnostiques, parmi les très nombreux élaborés, méritent d'être cités :

Les différents DSM (cf. annexe n°1) (5, 7, 8)

Le DSM-III est historiquement le premier système de critères formalisés. Les éditions ultérieures refléteront l'évolution des conceptions jusqu'au plus récent : le DSM-IV-TR en 2000 (8).

Le DSM-IV prend acte que, si les symptômes diminuent en nombre et s'atténuent en sévérité au cours de la maturation, certains sujets continuent à présenter le tableau complet jusqu'au milieu de l'âge adulte, et d'autres gardent au moins quelques symptômes avec une gêne fonctionnelle notable.

Le diagnostic repose sur cinq critères, définis de la même façon chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte. Le diagnostic peut être retenu chez l'adulte, même si tous les critères de l'enfant ne sont plus remplis.

Le premier critère stipule que les symptômes sont, de façon persistante, plus sévères et plus fréquents que ceux habituellement observés chez des sujets d'un niveau de développement similaire.

Le deuxième critère porte sur l'âge de début des troubles et réclame que les symptômes entraînent une gêne fonctionnelle présente avant l'âge de 7 ans.

Le troisième critère demande que la gêne fonctionnelle liée aux symptômes soit manifeste dans au moins deux types d'environnements différents.

Selon le quatrième critère, on doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec le fonctionnement social, scolaire ou professionnel correspondant au niveau de développement du sujet.

Enfin, le cinquième critère traite des troubles co-morbides et du diagnostic différentiel.

La critique à apporter à ce système est que la majorité des symptômes est formulée en faisant allusion à des situations concernant des enfants d'âge scolaire (jeux, travail scolaire..) (12).

La seule notation spécifique à l'adulte est celle précisant que chez celui-ci, comme chez l'adolescent, l'hyperactivité peut prendre la forme d'un sentiment de nervosité et d'une difficulté à s'engager dans des activités calmes et sédentaires.

Tous les critères ont été développés sur la base d'études de terrain menées chez des enfants et des adolescents âgés entre 4 et 17 ans. Il n'existe pas d'études de terrain comparables consacrées aux critères TDAH chez l'adulte. Or la phénoménologie et le retentissement fonctionnel évoluent considérablement avec l'âge.

Les critères proposés par le DSM-IV, lorsqu'on les utilise chez l'adulte, souffrent donc de limitations importantes qui tiennent avant tout à la nature des symptômes retenus, et à leur formulation. De nombreux items sont totalement inadaptés à l'âge adulte. De plus, la gêne fonctionnelle, entraînée par les symptômes d'hyperactivité chez l'adulte, existe dans de nombreuses autres situations que celles de l'enfant exigées par le DSM : activités sociales, respect des lois, gestion du budget, vie de couple, éducation et soins des enfants, conduite automobile.

Etant donné l'évolution du trouble hyperkinétique et sa difficulté à être prise en compte par les critères du DSM, Barkley et Murphy ont proposé que soient utilisés des seuils diagnostics décroissants avec l'âge pour reconnaître le TDAH chez l'adulte. Ainsi, entre 17 et 29 ans, il faudrait retrouver quatre symptômes d'inattention et/ou cinq symptômes d'hyperactivité-impulsivité pour que l'adulte soit reconnu hyperactif (13). De même, entre 30 et 49 ans, il faudrait trois symptômes d'inattention et / ou quatre symptômes d'hyperactivité-impulsivité, et après 50 ans, deux symptômes d'inattention et/ou trois symptômes d'hyperactivité - impulsivité.

La CIM-10 : (cf. annexe n° 2) (12, 96)

Dans cette classification, le TDAH est classé sous la rubrique des troubles hyperkinétiques et est nommé "perturbation de l'activité et de l'attention". Les critères sont sensiblement identiques à ceux du DSM-IV, mais la définition du syndrome est plus étroite.

Il est exigé six symptômes d'inattention, au minimum trois d'hyperactivité et un d'impulsivité pour reconnaître un trouble hyperactif d'après la CIM-10.

Il n'y a donc pas de distinction de sous-type du trouble dans cette classification. De plus, la CIM-10 fait une différence selon la présence ou l'absence d'un comportement délinquant ou dyssocial ajouté aux troubles, et parle alors de "trouble hyperkinétique et troubles des conduites".

Cette classification reconnaît une persistance possible du trouble hyperactif chez l'adulte, mais ne prévoit pas d'introduire de particularités éventuelles de l'hyperactivité à cet âge. Aucune mention d'un descriptif clinique spécifique n'est faite. Il est uniquement mentionné que l'attention et l'activité doivent être jugées par rapport aux normes appropriées du développement (12).

Les critères de l'Utah (135):

Ils ont été publiés par une équipe rassemblée autour de Wender dès 1981.

Ils ont été établis à partir de ceux du DSM-III, mais s'en distinguent en reprenant un système de critères plus spécifiques à l'adulte. Cette classification inclut des symptômes rapportés par les adultes alors que les versions du DSM ne font référence qu'à des caractéristiques comportementales relevées par des observations.

Dès l'enfance doivent être présents des antécédents de troubles attentionnels et d'hyperactivité motrice, et persister chez l'adulte dans chacun de ces deux groupes de symptômes.

De plus, deux symptômes parmi les cinq suivants sont exigés (135):

- labilité émotionnelle
- tempérament coléreux
- intolérance au stress
- difficultés d'organisation
- impulsivité

Inclus dans cette liste, il est aussi possible de retrouver d'autres symptômes : anxiété, mauvaise estime de soi et tendance au comportement addictif.

De nombreuses critiques sont formulées à l'encontre des critères de l'Utah (12):

- ce qui en fait son originalité : l'inclusion chez l'adulte de critères différents de ceux de l'enfant, pouvant s'expliquer à l'âge adulte par, non une continuité d'un TDAH, mais par l'apparition d'un trouble thymique, bipolaire, ou d'un trouble oppositionnel avec provocation.
- ces critères rejettent le diagnostic d'hyperactivité s'il y a coexistence d'un épisode dépressif majeur ou d'un trouble grave de la personnalité. Ceci amène à écarter le diagnostic chez nombre de patients pour qui il serait cependant pertinent.
- enfin, la nécessaire présence d'une hyperactivité motrice pour poser le diagnostic, ce qui exclut arbitrairement les formes à inattention prédominante constituant pourtant une réalité clinique indéniable, et une évolution fréquente du syndrome chez l'adulte (67).

Les critères de Hallowell et Ratey : (cf. annexe n°3) (59)

Ce sont des critères élaborés en 1994, reposant sur une liste de dix-neuf symptômes issus de la bonne connaissance des auteurs de la réalité clinique de l'hyperactivité chez l'adulte. Ce sont les moins formalisés de tous les critères publiés.

Leur intérêt, mais aussi leur critique première est de sortir franchement et sans ambages de la sémiologie calquée sur celle de l'enfant.

Ces critères ne peuvent être validés auprès d'une quelconque autorité puisqu'ils n'ont fait l'objet d'aucune enquête épidémiologique (12).

Ils restent cependant très utiles en clinique quotidienne et favorisent l'observation des patients. Ils ouvrent également des pistes de recherche à poursuivre concernant l'étude du TDAH de l'adulte.

Les critères selon Brown (26):

Ils ont été établis en 1996 par Brown qui a réalisé une approche synchrétique des derniers DSM.

Il pose le diagnostic de TDAH selon les critères du DSM-IV, mais il s'éloigne de celui-ci en postulant que l'hyperactivité-impulsivité n'est pas l'élément essentiel du syndrome. Ce serait au contraire le déficit de l'attention qui deviendrait le point central du trouble, modélisant ainsi un syndrome de nature plus cognitive que comportementale.

Dans ce contexte, aucun symptôme n'est réfléchi en terme de présence ou d'absence, mais plutôt en terme de degré d'existence. Tout un chacun présente ces difficultés, mais à des intensités variables.

Brown propose donc une échelle où il va être attribué à différents symptômes des scores seuils établis statistiquement sur des échantillons de population générale. Cette échelle sera revue plus loin.

d. Des examens complémentaires ? (12, 25)

Depuis dix ans, les investigations comme l'électroencéphalographie et l'imagerie cérébrale sont en nombre croissant chez les adultes hyperactifs, et augmenteront sans doute encore plus avec le temps car leur réalisation soulève moins de problèmes éthiques que chez les enfants hyperactifs.

Ces différentes investigations aboutissent à décrire des mécanismes ethiopathogéniques dans la continuité de ceux observés chez les enfants atteints du même trouble. Cette constatation conforte l'idée qu'il y a bien chez ces patients une persistance de l'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte.

Cependant, le diagnostic de l'hyperactivité est exclusivement clinique.

Une étude de Mc Cough et Barkley en 2004 le constate une nouvelle fois de la façon la plus nette, et ce, après avoir comparé les "critères de l'Utah" et ceux du DSM aux méthodes d'évaluation en laboratoire (83).

Le DSM-IV-TR précise sans ambiguïté qu'aucun examen complémentaire, y compris les tests neuropsychologiques, n'est considéré comme ayant une valeur diagnostique (8).

Le seul intérêt d'examens serait de reconnaître certaines affections somatiques constituant des diagnostics différentiels.

d. Les échelles d'évaluation :

Les échelles d'évaluation sont importantes pour la réalisation d'enquêtes épidémiologiques et pour le dépistage. Cependant, elles n'ont jamais de rôle décisif

dans la démarche diagnostique chez les patients soupçonnés de TDAH et gardent un rôle d'appoint (12).

Elles permettent d'obtenir rapidement un ensemble de données indicatives concernant la présence et la sévérité des symptômes. Elles aident également à l'évaluation de la réponse au traitement. L'importance de leur contribution va beaucoup dépendre des compétences de l'examineur remplissant les questionnaires et des capacités du patient à s'auto-évaluer (16).

Chez l'adulte, les échelles instrumentales ne sont pas encore parfaitement satisfaisantes. Conners souligne que l'intérêt des instruments est le plus souvent limité par l'absence de normes bien établies, de propriétés psychométriques connues et d'études de validation (36).

Voici les principales échelles d'évaluation de l'hyperactivité chez l'adulte :

- Pour le diagnostic rétrospectif :
 - Kiddie-SADS Diagnostic Interview, ADHD Module
 - Parent Rating Scale
 - Wender Utah Rating Scale (WURS)

- Pour le diagnostic actuel :
 - Conners'Adult ADHD Rating Scale (CAARS)
 - Barkley Current Symptoms Scale
 - Brown Attention Deficit Disorder Scale (BADDS)
 - WURS
 - ADHD Rating Scale-IV
 - Adult ADHD Self Report Scales (ASRS)
 - Assessment of Hyperactivity and Attention (AHA)
 - Adult Rating Scale (ARS)
 - Attention-Deficit Scales for Adults (ADSA)
 - Symptom Inventory for ADHD

- Pour le retentissement de l'hyperactivité :
 - Weiss Functionnal Impairment Rating Scale (WFIRS)

Quelques échelles sont plus communément utilisées dans la pratique quotidienne :

❖ la WURS : (cf. annexe n°4) (25, 136)

L'échelle de Wender est un instrument d'autoévaluation rétrospective, c'est-à-dire proposée à un adulte pour évaluer ses antécédents d'hyperactivité dans l'enfance. Il existe deux formes de la WURS : une forme longue à 61 items, et une forme abrégée à 25 items dérivant de la précédente.

Le patient doit coter chaque item selon le souvenir qu'il a de son comportement lorsqu'il était enfant sur une échelle allant de zéro à quatre.

De nombreuses enquêtes ont validé la fiabilité de cette échelle. Une étude de Stein en 1995 (119) témoigne d'une structure factorielle comparable à celle des instruments d'évaluation du comportement chez l'enfant. Les études récentes soulignent la bonne sensibilité de cet instrument, mais son manque de spécificité, notamment dû à la présence d'items liés à l'humeur, à l'anxiété, et aux troubles des conduites. Ainsi, la WURS ne permet pas de discriminer des adultes présentant des troubles psychiatriques dont les symptômes peuvent se chevaucher avec le TDAH.

Il s'agit d'une échelle traduite dans de nombreuses langues, dont la langue française.

❖ L'échelle de Brown pour adultes : (cf. annexe n°5) (26)

La Brown Attention Deficit Disorder Scale version adultes est destinée à l'autoévaluation des patients.

Brown remarque chez les patients souffrant de déficit attentionnel que de nombreux aspects du fonctionnement cognitif, motivationnel et affectif sont altérés, outre l'attention. L'échelle est donc conçue pour rendre compte de la dégradation de l'ensemble de ces fonctions. Elle ne mesure que les aspects cognitifs, motivationnels et affectifs, et écarte totalement les symptômes comportementaux d'hyperactivité - impulsivité.

L'échelle comprend 40 items se regroupant dans cinq clusters distincts :

- organisation du travail et mise en train
- maintien de l'attention et de la concentration
- maintien de l'énergie et de l'effort
- gestion des interférences affectives
- utilisation de la mémoire de travail et rappel.

L'examineur a la possibilité, et doit au maximum, interroger pour chaque item d'abord le patient, puis un collatéral (parent ou conjoint).

La validité et la fiabilité de cet instrument ont été décrites comme bonnes par plusieurs études.

❖ Les échelles de Conners : (12, 36)

Les échelles de Conners pour adultes, Conners'Adult ADHD Rating Scales (CAARS), prennent depuis peu la suite des échelles du même nom utilisées chez les enfants depuis longtemps et restant un standard de l'évaluation du TDAH. Elles ont d'ailleurs une structure comparable, ce qui facilite un suivi au long cours du même sujet, de l'enfance à l'âge adulte.

Il en existe six : une forme pour l'autoévaluation du patient et une forme destinée à l'évaluation par un tiers observateur ; ces deux formes se présentant sous trois versions de longueur différente chacune (une version pour le dépistage, une version courte en cas d'évaluations répétées à intervalles assez courts, et une version longue - la plus complète).

La fiabilité de ces échelles semble excellente d'après les études. Cependant, il faut souligner qu'il n'existe pas de données sur la capacité de l'échelle à distinguer les patients soupçonnés de TDAH de ceux atteints d'autres troubles psychiatriques et présentant des points communs avec les troubles hyperactifs.

❖ Les échelles dérivées du DSM-IV : (12)

L'ADHD Behavior Checklist for Adults est un inventaire utilisé par Barkley et Murphy, construit à partir des 18 symptômes de l'hyperactivité du DSM-IV, reformulés pour l'emploi en autoévaluation. Les auteurs proposent de nouveaux scores adaptés à l'âge (voir les critères du DSM revus par Barkley) (93).

A partir de l'ADHD Rating Scale-IV (ADHD RS-IV) destinée aux parents et enseignants pour mesurer la fréquence des symptômes chez un enfant, Barkley a construit la Current Symptoms Scale, évaluant le comportement d'adultes sur les six derniers mois (15). Il en existe deux versions : l'une à réaliser par le patient, et la seconde par un tiers. Cette échelle reprend les 18 items de l'ADHD RS-IV adaptés pour une autoévaluation par un adulte, et y ajoute une section d'évaluation de ces 18 symptômes en tant que freins à fonctionner dans différents domaines (maison, travail, vie sociale, conduite automobile et gestion des finances), et une section évaluant les troubles opposants et provocateurs.

L'Adult ADHD Self Report Scale-V1.1 Symptom Checklist (ASRS-V1.1) est un instrument développé par Adler et coll. pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle est fondée sur les 18 symptômes du DSM-IV (2).

Les six premières questions de cet instrument ont fait la preuve qu'elles avaient la meilleure valeur prédictive de présence d'un TDAH, et peuvent tout à fait être utilisées isolément comme outil d'aide au dépistage : cette échelle réduite se nomme l'ASRS-V1.1 Screener.

La multiplication des instruments de mesure et d'évaluation du TDAH montre bien qu'aucune ne s'est parfaitement imposée. Leur utilité véritable reste toujours parcellaire. Elles doivent toujours être utilisées avec critique et précaution car le risque de surévaluation du trouble hyperactif est toujours présent, toutes ces échelles ayant une faible discrimination entre TDAH et autres troubles psychiatriques présentant des signes communs avec celui-ci.

e. Les attentes et les effets du diagnostic :_(56)

Diagnostiquer un TDAH chez l'adulte est une tâche très complexe. La première consultation peut être source de mécontentement car le résultat n'est pas immédiat et les patients comprennent souvent mal qu'il faille tant de temps pour établir le diagnostic et étudier les comorbidités.

Ce diagnostic est essentiel pour eux et ils en attendent beaucoup, notamment :

- une écoute spécifique,
- une meilleure compréhension de l'entourage, ainsi qu'une compréhension de ce parcours d'enfant si douloureux, pour déculpabiliser,
- de l'aide et du soutien,
- des échanges avec des personnes ayant les mêmes difficultés,
- des informations, rééducations, thérapies pour apprendre à se structurer et à gérer son temps.

Ils espèrent ainsi regagner une meilleure estime d'eux-mêmes et retrouver une vie sociale et familiale plus harmonieuse.

Et pourtant, une fois le diagnostic enfin posé, leur réaction est ambivalente, oscillant entre le contentement et la déception. Contentement de recevoir enfin une explication scientifique à ce dont ils souffrent depuis si longtemps, et déception car ils réalisent que leur malaise ne va pas disparaître comme par magie, mais qu'au contraire il va leur falloir encore fournir beaucoup d'efforts. S'ils apprécient l'aide apportée par le médecin, ils ne comprennent pas toujours les lenteurs ou les hésitations de ce dernier et sont parfois impatients.

Un autre motif de déception : le diagnostic final, en accord avec le motif de consultation, n'est pas toujours le TDAH (dépression, anxiété, trouble bipolaire, hypomanie, narcolepsie, syndrome des jambes sans repos).

Mais au final, c'est bien un soulagement que le diagnostic apporte. Il permet aux

adultes souffrant de TDAH d'obtenir enfin une explication à leurs difficultés quotidiennes.

Il leur permet aussi de se regarder autrement et de comprendre leurs différences. Ils prennent du coup conscience qu'ils peuvent essayer de changer ou de mieux s'adapter à leurs problèmes et ce diagnostic les motive pour avancer. Le découragement les guette toutefois, car il va leur falloir fournir beaucoup de travail et d'efforts pour changer des habitudes bien ancrées, parfois depuis des dizaines d'années. Si certains rejettent alors le diagnostic, pour la plupart, la confiance en eux qu'ils ont regagnée leur permet généralement de progresser.

3. Diagnostics différentiels :

Une variété d'affections organiques ou psychiques va comporter des difficultés attentionnelles et organisationnelles ou des symptômes psychiatriques proches d'une hyperactivité.

Le problème est que, tout en s'en différenciant, certaines de ces pathologies peuvent s'associer à l'hyperactivité, compliquant encore plus le diagnostic positif.

a. Troubles organiques :

En général, les pathologies somatiques auront déjà été écartées avant une première consultation en psychiatrie mais il importe quelquefois d'en avoir la certitude.

Si les antécédents d'hyperactivité dans l'enfance sont mal établis, il n'est pas inutile d'explorer à la recherche de certains syndromes organiques (91).

En voici une liste non exhaustive (97):

- **Causes endocriniennes et métaboliques :** anémie, dysthyroïdies, insuffisances rénales ou hépatiques, déficiences en vitamines.

- **Causes neurologiques** : traumatismes crâniens, anomalies cérébrales congénitales, anomalies génétiques (de type Turner, Klinefelter, X fragile, Chorée de Sydenham), épilepsie, neurofibromatose, retard mental, syndrome d'alcoolisme fœtal, syndrome de Gilles de la Tourette, démence, encéphalopathie anoxique.
- **Troubles sensoriels** : troubles de l'audition, troubles de la vision.
- **Troubles du sommeil** : apnées du sommeil, narcolepsie, privation de sommeil.
- **Causes iatrogènes** : corticoïdes, Théophylline, Béta mimétiques, antiépileptiques, antidépresseurs, anxiolytiques.

b. Troubles psychiatriques :

Le DSM IV donne des directives quant au diagnostic différentiel, certaines sans équivoques et d'autres beaucoup moins tranchées (8). Ainsi, il faut exclure formellement un TDAH devant tout trouble envahissant du développement, devant une schizophrénie ou un autre trouble psychotique.

Concernant les autres troubles psychiatriques (notamment troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles de la personnalité), les recommandations laissent à l'appréciation du thérapeute d'écarter le diagnostic de TDAH si les troubles sont mieux expliqués par un autre trouble mental, sans pour autant donner de directives sur la manière de juger si l'explication par l'un de ces troubles est meilleure que celle fournie par le trouble hyperactif, alors qu'est admise la comorbidité entre eux.

« Face aux troubles thymiques, anxieux et de la personnalité arrive naturellement la question de savoir s'il existe vraiment une frontière entre diagnostic différentiel et trouble comorbide dans ces 3 cas tendancieux » (in 12).

- Troubles psychotiques :

Dans la majorité des cas, il est facile de distinguer TDAH et schizophrénie. Il existe cependant certaines circonstances où la question du diagnostic différentiel peut se poser : c'est le cas notamment des formes pauci-symptomatiques lors de l'entrée dans la schizophrénie d'un jeune patient ne présentant pas d'épisode aigu floride : le tableau peut alors se résumer à des troubles attentionnels avec problèmes de comportement et une labilité émotionnelle avec intolérance à la frustration (12).

Dans cette situation, il faudra se plonger dans les antécédents du patient et faire repréciser l'histoire de la maladie. Il sera aussi judicieux de rechercher les antécédents psychiatriques familiaux appréciant par exemple une schizophrénie présente chez un parent au premier degré.

Il est décrit également par certains auteurs une entité pathologique particulière : « l'ADD psychosis » ou « psychose avec déficit attentionnel » (19). Elle surviendrait lorsque le développement cognitif et les relations sociales sont très gênés par les symptômes du déficit attentionnel, aboutissant à un trouble de la personnalité où le contrôle de la réalité, le jugement et l'image de soi sont très altérés. Il n'y aurait ni hallucinations, ni pensées magiques, ni relâchement des associations ou délire systématisé.

- Troubles thymiques :

-De nombreux symptômes sont communs au TDAH et à la dépression, ainsi :

- La démoralisation et le sentiment de découragement peuvent être consécutifs aux difficultés et aux échecs rencontrés durant leur parcours chez les patients TDAH.
- Les troubles de la concentration ou l'agitation sont très fréquents au cours d'une dépression.

Ce sont les caractéristiques cliniques des symptômes qui vont orienter le diagnostic : par exemple, l'incapacité à mener une tâche à terme sera due à l'asthénie dans le

cas du trouble thymique et sera liée à l'ennui devant la routine ou à l'attirance par un projet nouveau dans le cas du trouble hyperactif (12).

Dans le cas de la dysthymie, trouble dépressif qualifié de chronique, il sera aisé de faire le distinguo en recherchant la date de première apparition des symptômes : il est exceptionnel de débiter avant l'âge de 7 ans une dysthymie contrairement au TDAH.

Les troubles bipolaires représentent un diagnostic différentiel au TDAH bien plus complexe : beaucoup de symptômes de manie ou d'hypomanie sont communs avec l'hyperactivité : agitation psychomotrice, fuite des idées, logorrhée, distractibilité ou intérêts pour les activités à risque.

L'évolution de la symptomatologie est un bon moyen de différencier les deux pathologies : dans l'hyperactivité, il est retrouvé une succession rapide de « hauts et de bas », réactive aux circonstances, avec la survenue brutale de phases de démoralisation et d'irritabilité transitoires et récurrentes. Les accès sont caractérisés par leur brièveté de quelques heures à rarement plus d'une journée et sont souvent sous tendus par une intolérance à la frustration.

Si le trouble s'est installé dans l'enfance, le diagnostic ira, là encore, en faveur d'un TDAH plutôt que d'un trouble bipolaire.

Cependant, à ces âges, un trouble bipolaire est toujours possible et beaucoup d'enfants avec un trouble bipolaire remplissent également les critères du TDAH.

KANE et coll. recommandent en cas de difficultés à départager les deux troubles, d'appliquer un principe de précaution : considérer le trouble maniaque comme principal et exclure le diagnostic d'hyperactivité (67).

- Troubles anxieux :

Là encore, le trouble anxieux généralisé ou le syndrome de stress post traumatique reproduisent bon nombre de symptômes du TDAH : difficultés de concentration, agitation, irritabilité, trouble du sommeil (12).

Là aussi, une anamnèse poussée reprenant l'âge de début des troubles et l'histoire exacte de la maladie permettront de se positionner.

Très souvent, constatation sera faite que hyperactivité et anxiété coexistent de façon comorbide depuis l'enfance.

HALLOWELL et RATEY proposent même de compter l'anxiété parmi les critères suggérés pour le diagnostic du TDAH (59).

- Abus de substances toxiques :

Les troubles liés à l'usage de substances psycho-actives comptent nombre de signes cliniques communs avec ceux de l'hyperactivité (12).

- Ainsi l'alcoolisme peut-il mimer un tableau d'hyperactivité, tant dans la phase d'intoxication (désinhibition, actes impulsifs, baisse de l'attention), que dans la phase de sevrage (agitation, nervosité, troubles du sommeil, irritabilité et trouble de la concentration).

- Le tabac ou la caféine, à doses suffisantes, peuvent engendrer agitation, nervosité, impulsivité et bavardages excessifs.

- La cocaïne en usage important et régulier pourrait constituer une cause d'hyperactivité acquise ou aggraver des symptômes déjà existants.

Pour toutes ces addictions, poser un diagnostic d'hyperactivité reste périlleux si l'on ne maîtrise pas parfaitement l'évolution des quantités de substances consommées

car une accentuation des troubles peut apparaître périodiquement lors d'augmentations ou de diminutions importantes des doses consommées (106).

Encore une fois, abus de substances et TDAH sont fréquemment comorbides. Il est à noter qu'il a été démontré par certaines études, que c'est cet abus qui engendre les conséquences les plus néfastes pour la santé du patient dans le cadre de son TDAH, ce qui doit en faire un trouble prévalent.

- Troubles de la personnalité :

Le TDAH adulte partage de nombreux traits avec plusieurs registres de personnalités pathologiques.

Ainsi retrouve-t-on l'exagération de l'expression émotionnelle de la personnalité histrionique, la difficulté à faire les choses seul de la personnalité dépendante, l'impulsivité et les actes délictueux de la personnalité antisociale.

La personnalité antisociale a d'ailleurs des liens très étroits avec l'hyperactivité puisqu'elle peut tout à fait accompagner celle-ci ou même s'y substituer (disparition des signes d'hyperactivité franche à l'âge adulte mais évolution des troubles des conduites dans l'enfance vers une personnalité psychopatique à la fin de l'adolescence).

Bien moins étudiées sont les relations entre TDAH et personnalité borderline. Ils ont en commun l'impulsivité, l'instabilité de l'humeur et la difficulté à contrôler la colère (67).

Cependant, Kernberg note que les caractéristiques des angoisses rencontrées dans chaque pathologie sont différentes : l'angoisse de la personnalité borderline, diffuse et envahissante, s'accompagne d'un sentiment de vide impossible à combler et d'un trouble de l'identité, sans commune mesure avec ce qui est observé dans le cas de l'angoisse d'un adulte hyperactif (12, 69).

On retrouve également de nettes divergences sur d'autres points, notamment dans le registre de l'attention et de la persévérance dans les tâches.

L'opinion prévaut chez les différents auteurs (67, 136) que le diagnostic de personnalité borderline, aux caractéristiques proches de pathologies psychotiques, exclut celui d'hyperactivité.

Mentionnons qu'il existe des voies de recherche considérant le TDAH de l'enfant comme un précurseur de la personnalité borderline (12).

4. Troubles comorbides:

La plupart des diagnostics différentiels psychiatriques mimant les symptômes de l'hyperactivité peuvent également être de réels troubles associés au TDAH, compliquant encore plus son diagnostic courant (3, 91).

L'hyperactivité est en effet très rarement un trouble psychiatrique isolé, et ce, dès l'enfance (120). Les troubles qui peuvent lui être associés sont nombreux, souvent sévères, et jouent certainement un rôle majeur dans les difficultés d'adaptation rencontrées par les patients, rôle parfois plus important que celui du TDAH lui-même.

De nombreux travaux se penchent encore longuement sur ce concept de comorbidité : les troubles comorbides et le TDAH ont-ils des étiologies génétiques et/ou environnementales communes, ou bien l'hyperactivité représente-t-elle un précurseur ou une manifestation précoce du trouble comorbide, ou encore les deux troubles sont-ils associés dans leur développement, de telle façon que le développement d'un trouble accroît le risque de développement de l'autre ?

Lors du passage à l'âge adulte, et tout au long de la vie, la prévalence de ces troubles comorbides ne fait qu'augmenter. Ainsi, aux pathologies comorbides de l'enfance qui perdurent à l'âge adulte, viennent s'en greffer d'autres qui apparaissent tout au long du développement.

Ainsi, Tzelepis et coll. (126) constatent que 41 % des adultes souffrant de TDAH présentent un trouble psychiatrique comorbide actuel, 61 % ont un tel trouble dans leurs antécédents, et 38 % deux troubles ou plus dans leurs antécédents.

Tous les troubles comorbides ne sont pas connus avec la même précision. Ainsi, les troubles dits externalisés (trouble de la personnalité antisociale et troubles liés à l'abus de substance) ont suscité bien plus de recherches car pointés du doigt par les enquêtes sur le devenir des hyperactifs à l'âge adulte comme l'une des évolutions les plus fréquentes (120).

a. Les troubles de la personnalité :

Ils sont majoritairement représentés par la personnalité antisociale.

Concernant la délinquance : plusieurs enquêtes menées dans les prisons indiquent qu'une proportion élevée de personnes incarcérées présente une hyperactivité. La prévalence américaine de l'hyperactivité parmi la population masculine incarcérée serait estimée à 25 %. En Europe, des études similaires menées dans la Sarre retrouvaient une prévalence de 45 % selon les critères du DSM-IV, et tout de même de 21,7 % selon les critères plus restrictifs de la CIM-10 (12).

A une moindre échelle, Tzelepis et coll. (126) ont noté que nombre d'adultes hyperactifs observés ont continué de manifester les comportements de provocation et d'opposition qui caractérisaient leur enfance. Il n'y a pas de véritable personnalité antisociale, mais des traits de personnalité sociopathique : irascibilité, hostilité, mépris de l'autorité, plaisir à humilier l'autre, attrait pour le danger, haute estime de soi et projection sur autrui de sa propre hostilité.

Tous ces comportements antisociaux apparaissent étroitement liés chez les jeunes adultes à la consommation de toxiques (12).

Il existe également une remarquable convergence des études longitudinales menées de l'enfance à l'âge adulte (Weiss et coll. en 1985, à Montréal, Mannuzza et coll. entre 1993 et 1998 à New York, Rasmussen et Gillberg en 2000 en Suède, et Fischer et Barkley en 2002 à Milwaukee) : elles recensent toutes cinq à dix fois plus de personnalité antisociale chez les patients TDAH que dans la population générale, au début de l'âge adulte (51, 79, 80, 103, 131).

Les cohortes de New York et Milwaukee montrent que c'est l'hyperactivité elle-même qui est incriminée en premier chef comme facteur prédictif de comportements antisociaux à l'âge adulte (51, 80).

Une étude de Millstein et coll. nuance cette constatation et remarque que les actes antisociaux et leurs conséquences sont plus souvent associés au sous-type mixte qu'à celui avec inattention prédominante. D'autres études sont ensuite venues confirmer cette étude, toutes reconnaissent donc que le sous-type inattention prédominante échappe au risque particulier d'évolution vers des comportements antisociaux (87).

Enfin, une étude prospective menée par Satterfield en 1997, atténue le rôle propre de l'hyperactivité quel que soit son type, et met en corrélation le fort taux de comportements antisociaux à l'âge adulte avec la présence d'un trouble des conduites dans l'enfance, puis à l'adolescence (in 12).

Le débat reste ouvert quant à savoir si c'est l'hyperactivité et sa sévérité ou l'existence d'un trouble des conduites qui est facteur de premier rang, expliquant le fort taux de criminalité dans l'ensemble des adultes souffrant de TDAH.

b. Les troubles liés à l'usage de substances psychotropes :

Toutes les études semblent montrer clairement un risque accru d'abus ou de dépendance aux psychotropes chez les patients atteints de TDAH (51, 79, 80).

L'hyperactivité a un rôle délétère par elle-même puisqu'on retrouve un risque accru de toxicomanie, même en l'absence d'autre trouble comorbide.

S'il y a présence de pathologies comorbides, ce sont les troubles des conduites ainsi que le trouble bipolaire qui constituent les principaux facteurs d'augmentation de risque d'abus de substances. Ils entraînent un risque de toxicomanie plus profonde, à un âge plus jeune et des taux de rémission plus faibles.

Parmi les substances incriminées dans ces abus, on retrouve en tête de liste le tabac (40 %) et l'alcool (36 %) comme substances les plus consommées par les hyperactifs. Le cannabis est à la première place des substances illicites les plus consommées (21 %). Viennent ensuite les stimulants, dont la cocaïne, et enfin les opiacés. Tzelepis et coll. y ajoutent également café et thé, mais aucune donnée chiffrée n'est disponible (126).

Tout ceci semble confirmé par les travaux menés chez les alcooliques et les toxicomanes parmi lesquels les antécédents d'hyperactivités sont recherchés : une étude de Wood en 1983 estime le pourcentage d'adultes hyperactifs dans un groupe d'alcooliques à 33 %. 35 % des sujets consommant de la cocaïne auraient souffert d'hyperactivité dans l'enfance, et près de 22 % des consommateurs d'opiacés auraient également présenté des antécédents de TDAH (in 12).

Un point très important reste la question de poser le postulat que l'abus de substances est une forme d'automédication pour le patient souffrant de TDAH. Ainsi, Khantzian, en 1997, posait l'hypothèse que l'usage des substances psychoactives pouvait être une forme d'automédication et que le choix de l'une d'elle serait en grande partie déterminé par les propriétés palliatives de celle-ci. La cocaïne semblait donc, en tant que psychostimulant puissant, la molécule de prédilection pour tout hyperactif (in 12).

Toutes les données contredisent cette idée. Aucune étude menée n'a retrouvé d'attirance spécifique ou de consommation préférentielle de cocaïne face aux autres substances psychoactives chez les patients toxicomanes ou polytoxicomanes souffrant de TDAH, et ce, même lorsqu'ils ont été traités par psychostimulants dans leur jeunesse.

Paradoxalement, le tabac semble être la molécule la plus à même de remplir la fonction d'automédication chez les hyperactifs : consommé par près de 40 % des hyperactifs, c'est-à-dire bien plus que dans la population générale, son usage se fait très jeune et sans association de troubles comorbides. La nicotine aurait en effet des propriétés d'augmentation de l'attention et de baisse de la distractibilité, démontrées chez les fumeurs et les non fumeurs (Ernst, 2001) (45).

Des études sur la caféine l'impliqueraient également comme substance d'automédication, mais sans beaucoup de données à ce sujet.

Au total, il est retrouvé que 10 % à 30 % des adultes atteints de TDAH présentent un abus ou une dépendance aux substances psychotropes. Cette proportion est plus forte que dans la population générale, et ce, quelle que soit la molécule.

L'hyperactivité entraîne une accélération du développement de la toxicomanie avec abus à un âge plus précoce, dépendance plus rapide et profonde. L'association à un trouble des conduites aggrave le mésusage des psychotropes (51, 79, 80, 131).

c. Les troubles anxieux :

Malgré de nombreuses données chez l'enfant et les constatations cliniques chez l'adulte, peu d'études montrent une prévalence accrue des syndromes anxieux structurés chez les adultes hyperactifs.

Il existe toutefois une étude canadienne réalisée par Mancini en 1999 (78). Celle-ci s'est effectuée parmi des adultes d'âge moyen de 33 ans, consultant principalement pour phobie sociale, trouble panique et trouble obsessionnel compulsif, et elle retrouve des antécédents d'hyperactivité dans l'enfance chez 15 % des cas dont près de la moitié répond encore aux critères complets du syndrome à l'âge adulte.

Dans une autre cohorte d'adultes suivis pour trouble panique (Fones, 2000), la recherche d'antécédents hyperactifs s'avère positive chez 10 % d'entre eux, dont 9 sur 10 conservent le syndrome à l'âge adulte (52).

Hallowell et Ratey considèrent les troubles anxieux comme si élevés qu'ils les inscrivent comme suggestions de critères diagnostiques du TDAH adulte (59).

d. Les troubles dépressifs :

A l'âge adulte, l'expérience clinique enseigne que les symptômes dépressifs sont très fréquents chez les adultes hyperactifs. Mais s'agit-il de réels épisodes dépressifs ou de l'expression d'une simple démoralisation consécutive au TDAH ?

S'agissant de syndromes dépressifs bien codifiés et non plus de symptômes, la prévalence des troubles de l'humeur chez les hyperactifs est sujette à des estimations très différentes, voire contradictoires selon les études (79, 80, 103, 131).

Les signes cliniques les plus caractéristiques sont l'existence d'une irritabilité et d'une labilité de l'humeur.

Ainsi, Shekim relève une prévalence de 10 % d'épisode dépressif majeur et de 25 % de trouble dysthymique chez les hyperactifs (in 12). Une autre étude transversale (Biederman et coll. en 1995) (22) retrouve même des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs chez 31 % des adultes souffrant de TDAH.

En revanche, dans la plupart des cohortes de suivi longitudinal déjà citées, la prévalence des troubles de l'humeur n'est pas plus élevée chez les hyperactifs que chez les témoins (79, 80, 103, 131).

La seule explication pouvant éclairer ces contradictions viendrait du jeune âge des adultes participant aux études longitudinales (entre 24 et 26 ans en moyenne). Ce fait risque de diminuer la prévalence des troubles thymiques, les épisodes dépressifs apparaissant souvent un peu plus tard au cours de la vie des hyperactifs (12).

e. Une comorbidité particulière : TDAH et trouble bipolaire sont-ils liés ?

La question d'une possible relation entre le syndrome de déficit attentionnel avec hyperactivité et la maladie bipolaire est de plus en plus soulevée par les chercheurs et les cliniciens (31).

De nombreuses études qui ont tenté d'examiner la fréquence d'association entre TDAH et trouble bipolaire montraient toutes des taux plus élevés que ceux attendus

d'après les prévalences observées de chacun des deux troubles pris séparément (60, 64, 115).

Geller et coll. ont comparé, chez les enfants, la fréquence des symptômes observés dans un groupe de patients bipolaires précoces, un groupe d'hyperactifs « purs » et un groupe témoin (55). Ainsi certains symptômes spécifiques à la manie sont retrouvés exclusivement dans le groupe d'enfants bipolaires : élation de l'humeur, idées de grandeur, coq à l'âne, diminution du sommeil. D'autres symptômes sont observés dans les groupes bipolaires et hyperactifs : irritabilité, logorrhée, distractibilité et énergie augmentée. En revanche, certains symptômes pourtant caractéristiques de la symptomatologie maniaque sont présents chez les sujets bipolaires en majorité, mais aussi dans une proportion non négligeable d'enfants hyperactifs : trouble du jugement, plaisanteries, désinhibition sexuelle, actes malsains.

La communauté de certains symptômes pose donc des problèmes diagnostiques.

En outre, Geller regrette que la clinique des troubles bipolaires de l'enfant, à l'inverse du TDAH, soit fondée sur celle de l'adulte, délaissant ainsi des critères cliniques développementaux et spécifiques à l'enfant (31, 55).

Toutefois, le diagnostic différentiel entre trouble déficitaire de l'attention et manie, notamment juvénile, est considéré comme valide, grâce à la mise en évidence de scores seuils à certaines échelles comme la Young Mania Rating Scale, discriminant ainsi ces deux pathologies (64).

Une étude de Biederman et coll., utilisant des méthodes dites de soustraction de symptômes et de proportion de critères diagnostiques, a montré qu'une comorbidité observée entre ces deux diagnostics ne peut être attribuée au seul chevauchement des symptômes. Elle note une comorbidité avec un trouble bipolaire chez 11 à 22 % des enfants atteints d'un TDAH (23).

Des critiques existent à cette étude, lui reprochant notamment d'avoir été réalisée à partir d'un seul informant (le plus souvent un parent), engendrant des taux de concordance irréaliste de 100 % (31).

Kent et Craddock évoquent également la possibilité que les patients, diagnostiqués par Biederman bipolaires et hyperactifs, correspondraient plutôt à des troubles bipolaires de type II larvés (68).

Hazell et coll. en 2003 examinent en début d'âge adulte quinze patients ayant reçu le diagnostic d'hyperactivité et de manie dans l'enfance mais constatent qu'aucun ne présente un diagnostic de trouble bipolaire, ce qui amène les auteurs à douter du lien entre TDAH dans l'enfance et trouble bipolaire à l'âge adulte (in 31, 12).

Pourtant, d'autres études faites par Chang et coll. ou West et coll. sur de plus petits échantillons de patients retrouvent tout de même des taux de comorbidité élevés suggérant un lien plus fort que celui du hasard entre les deux pathologies (in 64).

Enfin, l'enquête NCR-R plus récente, menée dans la population générale par Kessler, montre à son tour une prévalence nettement accrue du trouble bipolaire chez les sujets d'âge mur souffrant de TDAH comparé à la population générale (70).

Mick et coll., quant à eux, comparent des adultes souffrant de trouble bipolaire ayant débuté soit dans l'enfance, soit à l'adolescence ou à l'âge adulte. Les troubles bipolaires entamés dans l'enfance sont associés entre autre à un trouble hyperactif avec trouble du comportement perturbateur, formant probablement un sous-groupe particulier (in 64).

Faraone et coll. retrouvent un taux de comorbidité du TDAH de 93 % lorsque le trouble bipolaire a débuté dans l'enfance et encore de 59 % quand le début se situe dans l'adolescence (46).

Parallèlement, l'évolution dans le temps des patients TDAH reste insuffisamment documentée. Quelques études avancent timidement que le TDAH serait statistiquement associé à l'apparition ultérieure d'un trouble bipolaire (31).

Des études d'agrégation familiale entre TDAH et trouble bipolaire ont été menées. Deux méta-analyses de ces études concluent qu'il semble exister des taux plus élevés de TDAH dans les familles d'enfants bipolaires et inversement, même si une seule de ces études atteint le taux de significativité (64).

Les adolescents maniaques qui ont un antécédent de TDAH auraient une probabilité plus grande d'avoir un apparenté au premier degré avec un trouble bipolaire (53,3 %) que ceux sans antécédent de TDAH (20 %).

Par ailleurs, les enfants souffrant de trouble bipolaire ont fréquemment un parent avec une histoire de TDAH dans l'enfance.

Ainsi, l'agrégation familiale du TDAH et du trouble bipolaire apparaît comme probable.

Ces résultats seraient généralisables au sexe féminin (47).

Les caractéristiques de transmissions familiales relevées dans plusieurs études seraient :

- le risque de TDAH est élevé de façon identique chez les apparentés de TDAH ou de TDAH avec trouble bipolaire,
- le risque de trouble bipolaire n'est élevé que chez les apparentés de TDAH avec trouble bipolaire.

Tout ceci serait donc bien en faveur d'une entité distincte TDAH + trouble bipolaire ou tout du moins comme sous-type particulier du TDAH (64).

Cet état correspondrait en de nombreux aspects similaires au trouble bipolaire à début précoce décrit par Todd et coll. ou par Strober (64).

Encore une fois, les opposants à ce point de vue s'appuient sur le fait que seule une étude a démontré de manière significative cette agrégation familiale. Ils rétorquent la possibilité que certains enfants diagnostiqués hyperactifs soient en réalité des enfants maniaques d'où la fréquence élevée de trouble bipolaire chez les

apparentés ; ils regrettent le peu d'études de jumeaux examinant simultanément ces deux troubles (31).

Les études génétiques restent également en défaveur d'un lien puisque les polymorphismes génétiques intéressants en termes de vulnérabilité seraient différents dans les deux troubles. Ces données restent toutefois peu spécifiques (31).

Les caractéristiques spécifiques des troubles bipolaires en lien avec un TDAH seraient : un début plus précoce de la maladie bipolaire (en moyenne à l'âge de 12 ans au lieu de 20 dans la population générale) et une présentation symptomatique particulière (prédominance masculine, manie plus fréquemment mixte ou dysphorique avec irritabilité et agressivité plutôt qu'euphorie, une évolution le plus fréquemment d'un seul tenant ou au contraire un taux plus élevé de cycles rapides, une moins bonne réponse au traitement par thymorégulateurs) (12).

A l'identique, les patients hyperactifs avec trouble comorbide bipolaire appartiennent au sous-type mixte. Ils ont également un nombre moyen de symptômes plus élevé et une comorbidité plus riche que les autres, associant des troubles anxieux, un abus de psychotropes et des troubles des conduites (12, 60).

Dans tous les cas, il existe des difficultés psychosociales significativement plus importantes (64).

Toutes ces observations semblent constituer un argument pour l'individualité d'un sous-type TDAH + trouble bipolaire.

Cependant, il serait souhaitable que les études déjà réalisées soient répliquées à plus grande échelle et avec une méthodologie plus stricte dans d'autres sites que celui de l'équipe de Harvard afin de venir éclaircir la question cruciale de ce lien entre TDAH et trouble bipolaire et ainsi permettre une prise en charge thérapeutique toujours plus adaptée (31).

f. Les troubles des apprentissages :

Les troubles des apprentissages sont variés et fréquents chez les enfants touchés par une TDAH, avec une forte responsabilité dans leurs difficultés scolaires.

Ils comprennent troubles du langage oral, de la lecture et de l'orthographe, du calcul mathématique ou de la représentation dans l'espace. A cela s'ajoute souvent un trouble de la coordination motrice, formant un trouble du développement plus général (124).

Les troubles des apprentissages ne disparaissent pas à l'adolescence et des études montrent leur persistance à l'âge adulte avec pour conséquence une forte invalidité sur le plan social. Ainsi, il serait noté des difficultés au niveau du langage écrit (58 % contre 15 % chez les contrôles), ainsi que de fréquents troubles de la lecture avec de moins bonnes performances aux tests de compréhension d'un texte lu.

Les différents sous types de TDAH sont égaux face à ces troubles (12).

g. Les tics :

Tics et Syndrome de Gilles de la Tourette sont souvent liés à l'hyperactivité chez les enfants et les adolescents (12).

Peu d'études se sont penchées sur cette question à l'âge adulte.

Rasmussen et Gillberg trouvent une prévalence de 29 % de tics dans le groupe des hyperactifs contre 7 % chez les contrôles (103).

Une enquête transversale menée par Spencer et coll. montre que les hyperactifs sont trois fois plus nombreux que les témoins à avoir présenté au moins périodiquement des tics ou un Syndrome de Gilles de la Tourette (étude faite sur plus de 300 adultes hyperactifs âgés de 19 à 59 ans) (117). Chez la plupart, l'âge de survenue des premiers tics se situe avant 12 ans et l'évolution est intermittente (12).

h. Les troubles du sommeil :

Des liens étroits semblent exister entre trouble du sommeil et hyperactivité. Des troubles du sommeil pourraient engendrer des symptômes mimant une hyperactivité diurne.

Il existe des traitements pharmacologiques identiques pour traiter hyperactivité et certains troubles du sommeil.

Chez l'adulte, il n'existe aucune étude épidémiologique reprenant les relations entre TDAH et trouble du sommeil. Les rares études transversales réalisées à ce sujet parviennent à des résultats contradictoires (12).

Cependant, un syndrome spécifique parmi les troubles du sommeil a suscité quelques travaux : le syndrome des jambes sans repos. Il se traduit par des sensations désagréables dans les membres inférieurs, rendant le sommeil difficile et suscitant une envie irrésistible de remuer les jambes afin d'atténuer le malaise.

Une étude menée par Chervin et coll. en 2002 sur plus de 800 enfants retrouve un lien particulier entre ce syndrome et le TDAH puisque 18 % des enfants souffrant de cette dyssomnie ont un score d'hyperactivité élevé (in 12).

Wagner et coll. retrouvent que 26 % des patients avec "jambes sans repos" ont une hyperactivité selon les critères du DSM-IV. Ces mêmes patients ont tous des scores plus élevés de déficit attentionnel à l'échelle de Brown (129).

5. Tableau clinique de l'adulte :

L'évolution des symptômes de l'enfant TDAH est encore insuffisamment connue mais peut être examinée sous deux aspects : quantitatif (à quel degré les symptômes de la triade classique agitation/impulsivité/inattention persistent-ils ?) et qualitatif (y a-t'il mutation dans la nature des symptômes quand le sujet passe d'un âge à l'autre ?) (12).

Ce qui est connu actuellement des signes cliniques chez l'adulte hyperactif demeure empirique et repose sur des observations de cas d'histoires publiées, toutes très hétéroclites, sans validation objective.

Depuis Wender en 1985 qui est le pionnier en la matière, différents auteurs ont rapporté les signes cliniques qu'ils tiennent pour cardinaux chez l'adulte (136).

Bange et Mouren proposent de diviser ces signes en trois groupes (12):

Le premier rassemble les signes appartenant à la triade classique transposée dans le monde adulte. La continuité des troubles de l'enfant à l'adulte s'impose sur un mode homotypique (se définissant comme une stabilité de la modalité de réponse et se traduisant par la persistance des mêmes symptômes au fil du développement).

Le second groupe est assez proche du premier et concerne le registre des difficultés d'organisation. Beaucoup de ces signes sont propres à l'adulte et correspondent à des exigences que les enfants n'ont généralement pas à remplir. Il y a cependant des analogies avec certains troubles observés chez les enfants souffrant d'un TDAH, l'inattention notamment, et l'idée d'une filiation s'impose. Ce groupe s'inscrirait donc dans un mode de continuité hétérotypique (se définissant comme une cohérence entre deux classes de réponses qui s'expriment différemment à chaque étape mais qui restent apparentées) (141).

Le dernier groupe est bien plus hétérogène et discutable. Il liste des signes remarquables à l'adulte. Il regroupe des signes du registre anxieux et/ou thymique

comme des traits de personnalité. Certains de ces signes peuvent tout à fait n'être que des formes a minima de troubles comorbides constitués mais ils enrichissent pourtant le tableau de l'hyperactif adulte et lui donnent une certaine spécificité (12).

a. Le devenir chez l'adulte des symptômes de l'enfant :

➤ **L'agitation**

Le nombre moyen de symptômes pour l'hyperactivité diminuerait de 50 % entre l'enfance et l'âge adulte (25).

L'agitation est le signe qui s'atténue bien souvent le plus en vieillissant.

En consultation, l'agitation motrice n'apparaît pas toujours de façon extériorisée. L'éducation a souvent appris à en contrôler une part mais cette explication ne résume pas à elle seule la diminution marquée de l'agitation.

Lorsqu'elle persiste, l'agitation s'exprime sous différentes nouvelles formes, au plan moteur et verbal, avec des degrés d'intensité variés (12).

Au niveau verbal, on note que le sujet se met à parler excessivement, parfois jusqu'à une logorrhée difficile à suivre et fatigante pour l'interlocuteur. Ce symptôme est également favorisé par l'impulsivité.

L'agitation motrice, quant à elle, s'observe chez des adultes qui montrent une « bougeotte » incessante. Ils remuent en permanence même discrètement. Assis, ils changent souvent de position, gigotent ou se trémoussent, balancent le tronc, se tortillent d'une fesse à l'autre, se tordent les mains. Ils manifestent aussi souvent des trépidations dans les membres inférieurs. Ils triturent les objets ou tambourinent sur la table.

Leurs efforts pour rester tranquilles sont nombreux mais restent souvent vains même quand la situation l'exige.

Ils ressentent les activités assises, les réunions ou conférences et les spectacles comme une corvée ou un supplice et se lèvent à la moindre occasion, sortent s'ils le peuvent, font les cent pas et arpentent les couloirs.

Quelquefois, l'agitation motrice se limite à des signes plus subjectifs, ressentis par le sujet et que l'on ne peut que retrouver à l'interrogatoire. On constate alors un sentiment d'impatience motrice, de nervosité, de tension ou d'agitation intérieure et ce, même en restant assis sans bouger.

Cela peut aussi se traduire par une simple difficulté à se détendre ou à poursuivre des activités calmes et sédentaires. Ce sont des adultes qui n'aiment pas les loisirs tranquilles et le rapportent très bien dans la description de leurs activités domestiques et professionnelles, et de leurs vacances.

Ils sont sans cesse sur la brèche, évitent les professions sédentaires, aiment les activités nombreuses, entrent dans une frénésie de contacts sociaux. Ils amusent leurs enfants mais trop souvent usent leur conjoint.

Cette caractéristique de l'hyperactivité chez l'adulte d'être plus souvent ressentie par le patient et l'entourage qu'observable en consultation, la rend moins flagrante et moins évidente à diagnostiquer que chez l'enfant, mais cela ne doit pas conduire à conclure hâtivement à son absence : il faut donc bien mener l'anamnèse à la recherche de ce ressenti plus subjectif et de ce quotidien où « ils n'arrêtent jamais » (12).

➤ **L'impulsivité**

L'impulsivité diminuerait de 40 % dans le nombre de symptômes décelables à l'âge adulte.

Elle possède, comme l'agitation, une traduction verbale et motrice. D'après Connors en 1999, il y aurait un trait caractéristique de son évolution à l'âge adulte : la prééminence que prennent les manifestations verbales sur celles motrices (36).

L'impulsivité verbale prend des formes variées. On retrouve tout d'abord le fait de parler étourdiment, sans réfléchir. Les adultes TDAH ont une tendance à dire tout ce qui leur passe par la tête sans tenir compte du moment ou de la pertinence d'une remarque. Mais à la différence de ce qui s'observe dans les états maniaques ou délirants, le sujet en a immédiatement conscience et regrette les remarques ou commentaires inopportuns qu'il vient de formuler.

D'autres sujets vont rapporter un sentiment d'urgence à dire les choses. Ils expliquent cette impériosité par la crainte de perdre l'idée dans les instants mêmes qui suivent son émergence, et ainsi d'oublier ce qu'ils veulent dire.

L'impulsivité verbale peut également s'observer par le fait de commencer à répondre à quelqu'un avant même que la question soit entièrement posée, par une difficulté à attendre son tour pour prendre la parole, par une tendance à interrompre les autres quand ils parlent et ce, à tous moments : conversation, cours ou réunion.

On peut également imputer à l'impulsivité la difficulté à contrôler le déroulement du discours qui finit par devenir profus, logorrhéique avec des digressions nombreuses et un fil directeur difficile à suivre pour l'interlocuteur. L'élocution est précipitée. La conversation est pénible à suivre tant pour le sujet que pour l'interlocuteur car l'adulte TDAH a conscience du phénomène contre lequel il lutte à la différence d'un patient en état maniaque par exemple.

L'impulsivité motrice se manifeste dans toute action qui n'a pas été réfléchie avant d'être entreprise. Là encore le sujet reconnaît, regrette et souffre des conséquences de ces actes impulsifs. Cela se traduit par des intrusions répétées et souvent agaçantes dans les activités d'autrui ou le travail.

Une impatience motrice lui confère aussi une certaine difficulté à faire la queue ou attendre son tour.

L'adulte hyperactif est porté à l'enthousiasme par son impulsivité : il « démarre au quart de tour », est passionné et ne calcule rien à l'avance. Cela conduit à des prises

de décision aussi spectaculaires qu'irréfléchies et parfois lourdes de conséquences pour un adulte bien plus confronté aux responsabilités que l'enfant.

C'est un symptôme très dangereux car pouvant entraîner des suites désastreuses dans la conduite de la vie professionnelle ou domestique avec multiplication d'achats et placements hasardeux qui ruinent l'économie domestique.

Il y a également danger en matière d'accidents, tant ceux de la vie domestique que ceux de la voie publique. En effet, dans le cas de la conduite automobile, il n'est pas rare de retrouver des attitudes dangereuses au volant avec nombreuses infractions au code de la route (12).

Enfin, il faut aussi signaler que l'impulsivité aggrave la faible tolérance à la frustration, lot de beaucoup d'adultes hyperactifs facilement contrariés et s'emportant pour un rien. Elle exacerbe le mauvais contrôle des colères avec explosions verbales brutales.

Ces explosions prennent trop souvent une tournure clastique : portes qui claquent, coups dans les murs, agression de l'ordinateur ou téléphone portable qui vole à travers la pièce. Par contraste, l'agressivité physique est plus rare et doit faire rechercher d'autres diagnostics.

Ainsi, cette impulsivité détermine de fréquents conflits interpersonnels avec pour conséquences de fréquents changements de travail, des relations interpersonnelles instables et un climat familial tendu (15).

➤ **L'inattention**

Les difficultés attentionnelles semblent être en première place des symptômes avec un ensemble très riche de manifestations. Ce sont souvent eux qui vont faire consulter l'adulte hyperactif (26).

L'inattention est facilement observable dans la vie quotidienne. Ce sont des adultes dont on dit qu'ils sont dans la lune ou dans les nuages. Ils partent dans leurs

pensées, se perdent en rêves éveillés. En consultation, ils ont le regard vide, semblent absents, reviennent « sur terre » si on les sollicite et repartent aussitôt si on n'y prend garde 12).

Ils déplorent leurs difficultés de concentration et souffrent d'oublier ou d'égarer constamment les objets de la vie quotidienne (clés, stylos, lunettes, factures et formulaires...). Ils ont des oublis fréquents, partant avec l'intention de faire quelque chose et l'omettent aussi vite. Ils manquent également les rendez-vous et ont des difficultés à retenir les noms des personnes, les dates importantes et les anniversaires.

Ils ont de grandes difficultés à garder l'attention concentrée sur une tâche. Ils se laissent distraire par les activités ou les bruits environnants et interrompent fréquemment ce qu'ils sont en train de faire pour s'intéresser à des événements mineurs. Ils ne peuvent s'empêcher de jeter un coup d'œil à tout ce qui se passe.

En écriture, ils oublient mots et lettres. Ils ne se relisent pas car il leur est difficile de prêter attention aux détails une fois l'essentiel d'une tâche accomplie.

En lecture, ils pensent à autre chose en parcourant un texte. Ils comprennent les mots lus mais ne gardent aucun souvenir de ceux-ci. Ou alors, ils se rappellent des détails mais ont du mal à saisir l'idée principale.

Le point important est que les difficultés attentionnelles ont dans l'hyperactivité un caractère labile. Il existe une grande variabilité de ces difficultés en fonction du contexte. Ce trait est utile pour distinguer les troubles attentionnels des TDAH de troubles cognitifs comparables rencontrés dans d'autres pathologies.

Conners (36) note qu'habituellement les symptômes s'aggravent dans les situations manquant intrinsèquement d'attrait ou de nouveauté, dans les tâches monotones et répétitives. En revanche, la symptomatologie diminue voire disparaît si le sujet est dans un environnement nouveau, ou absorbé par des tâches particulièrement intéressantes. C'est également vrai dans les situations de tête à tête

comparativement à des conversations de groupe ou des réunions où souvent les informations importantes échappent (26).

Hallowell et Ratey (59) relèvent même qu'il peut coexister avec les difficultés attentionnelles une capacité d'hyper-concentration dans certaines circonstances. L'attention va osciller d'un état où elle est si focalisée que le sujet est insensible à tout ce qui l'entoure, à un état où elle est si relâchée que la moindre chose le distrait.

Tout cela n'est pas sans retentissement, tant sur l'estime de soi des hyperactifs, que sur le contenu des jugements émis par autrui à leur rencontre.

Les fluctuations déterminent un sentiment d'impuissance et sont démoralisantes pour celui qui en souffre (12).

b. Les difficultés d'organisation et de planification

Ces difficultés sont en lien étroit avec le trouble attentionnel.

Elles prennent une ampleur et un retentissement très particuliers chez les adultes TDAH (12).

L'adulte hyperactif doit faire face à des exigences qu'il n'avait pas à affronter plus jeune : gérer un emploi du temps, planifier sa journée, apprendre à hiérarchiser le principal et l'accessoire afin de trancher entre des exigences contradictoires.

Ainsi, confronté à un certain nombre de choses à effectuer, il ne parvient pas à établir de priorités et s'enlise dans les détails.

Les difficultés de mémoire à court terme qu'ils connaissent souvent, s'ajoutent à leur impulsivité pour entraver la planification des activités et ainsi induire une manière désordonnée d'accomplir les tâches.

Les instructions pour remplir un formulaire, pour faire fonctionner un appareil, les consignes pour accomplir une tâche assignée sont vite lues et bien sûr mal retenues.

Le travail va paraître avancer de façon brouillonne, comme si tout cela était accompli sans soin ni anticipation.

Concernant l'initiation des tâches, Connors souligne la difficulté que rencontrent beaucoup d'adultes TDAH à faire les choses avant la toute dernière minute, leur grande difficulté à démarrer. Ils vont sans cesse remettre à plus tard et accumuler « des petites choses » de la vie quotidienne qui finiront par former d'énormes obstacles. Cela peut tout de même être noté comme un véritable paradoxe puisque cette forte tendance à procrastination coexiste chez la même personne avec des façons d'agir trop impulsives (36).

Brown (26) considère pour sa part que la difficulté à la mise en route d'une tâche répond à une logique et est ainsi là encore dépendante de la motivation. Il souligne que ces patients ne sont pas incapables de se mettre à une tâche mais ont une difficulté particulière à le faire, sans un intérêt important pour celle-ci ou en l'absence d'une pression intense.

Hallowell et Ratey soulignent la dimension anxieuse de cette procrastination : le sujet a une telle anxiété et une telle crainte de ne pas être à la hauteur qu'il remet constamment à plus tard (59).

Il existe un deuxième défi pour les hyperactifs : terminer. Ils entament de nombreuses tâches domestiques, universitaires ou professionnelles mais ne les terminent que rarement. Ils changent très fréquemment d'activité. Ils modifient leurs projets ou leur plan de travail à mi-parcours, voire même à la dernière minute et mettent en place soudainement une toute nouvelle organisation (133).

Evidemment, les adultes TDAH ont une grande difficulté à mener plusieurs tâches de front, à suivre le fil pour plusieurs choses en même temps. Il faut noter que ce n'est en rien une attitude délibérée et qu'ils se reprochent cette versatilité et cette incapacité à aller au bout des choses (12).

Connors avance également que les hyperactifs ont une propension particulière à sous-estimer le temps nécessaire pour exécuter une tâche ou se rendre à un endroit.

La mauvaise organisation dans le temps et la mauvaise notion des durées semblent être un symptôme important (36).

Tout cela rend les hyperactifs dépendants d'autrui. Ils ont besoin d'être rappelés à l'ordre et guidés pour entreprendre et persévérer.

Si personne ne prend le relais des structures scolaires et des parents lors de l'enfance, les adultes TDAH croulent sous le poids des exigences organisationnelles de la vie de tous les jours et renoncent à en remplir un bon nombre.

Les conjoints d'hyperactifs ont souvent l'impression d'avoir un enfant de plus à la maison et s'en lassent. Cela alimente les reproches d'irresponsabilité, de paresse et d'égoïsme.

Au niveau familial, le manque d'organisation qui les rend moins efficaces oblige les hyperactifs à consacrer plus de temps à leur vie professionnelle et ainsi à délaisser leur foyer et leurs proches, source de conflits conjugaux supplémentaires (1).

c. Signes remarquables à l'adulte

→ Troubles des humeurs et des émotions

L'instabilité imprime sa marque sur l'hyperactif à travers humeurs et émotions. Cela se manifeste sous trois aspects (12) :

- Une labilité de l'humeur : il existe un passage rapide et fréquent d'une légère euphorie à des accès brefs et répétés de démoralisation. Tout ceci est sensible aux circonstances. Selon Hallowell et Ratey, cette instabilité va se manifester plus particulièrement lors de la rupture d'une relation affective ou à la fin d'un projet (59).
- Une intolérance au stress, c'est-à-dire une difficulté à composer avec les stress banals de la vie quotidienne. Elle est à rapprocher de l'anxiété de performance. Un évènement ordinaire va rendre le patient fébrile et confus dans ses propos et ses actes. Il va perdre ses moyens. Cela a évidemment tendance à le rendre encore moins efficace face à la situation qu'il doit résoudre. A un degré extrême,

l'hyperactif va adopter des réactions de catastrophe hors de proportion avec le problème à affronter (135).

- Une mauvaise maîtrise de la colère : les adultes TDAH s'irritent très facilement et fréquemment. Ils cèdent à leur impulsivité avec des pertes transitoires de contrôle de soi, qu'ils vont se reprocher ensuite. Ces crises verbales ou clastiques concourent à la dégradation de la vie sociale (car l'entourage se méfie mais également suite aux limitations de contacts voulues par le patient).

A côté de ces aspects importants, on retrouve deux perturbations qui sont probablement bien plus les conséquences du TDAH au fil du temps que des symptômes primitifs (12, 36, 59, 135):

- la faible estime de soi : l'opinion négative que les adultes TDAH ont de leurs capacités résonne comme un écho de ce qu'ils ont longuement entendu de l'école au lycée, en passant par la cellule familiale. A l'âge adulte, ce jugement s'est intériorisé et est devenu source de mauvaise estime de soi et de découragement au quotidien. Pour Hallowell et Ratey, il s'agit littéralement du résultat d'un conditionnement sur de nombreuses années.

- une anxiété permanente qui se manifeste de façon très paradoxale : il existe chez les hyperactifs un sentiment chronique d'insécurité, une tendance à s'inquiéter sans cesse, quelle que soit la stabilité de la situation, une propension à scruter l'avenir en quête de choses préoccupantes. Le paradoxe étant que cette anxiété envers le futur crée une négligence pour les dangers réels du moment présent, qui ont beaucoup plus de risques de se matérialiser (59).

- une anxiété sociale : les adultes hyperactifs ayant du mal à gérer les interférences affectives finissent par éviter les contacts sociaux et par s'isoler. Trop conscients de leurs difficultés à contrôler leurs émotions mais aussi trop sensibles aux critiques répétées, ils se placent dans une attitude défensive de repli (36).

→ Attrait pour l'excitation et la nouveauté

Nous regroupons ici l'ensemble des traits de tempérament régulièrement rencontrés chez les hyperactifs : l'intolérance à l'ennui et la recherche de sensations, l'aversion à suivre les routines et les règles, l'attrait pour les procédures originales et la recherche de nouveautés (36, 59).

Le lien est vite établi avec l'agitation motrice mais en fait, au cours du temps, plus l'agitation motrice très présente durant l'enfance va s'atténuer et s'intérioriser, plus l'intolérance à l'ennui va croître (12).

Il est fréquent que les adultes hyperactifs aiment les activités au rythme rapide, les distractions excitantes comme un écho du tourbillon intérieur qui les habite. Ils ont souvent un goût du risque développé et peuvent être casse-cou (59). Mais la recherche de sensations ne peut se réduire à celles du danger : on observe plus généralement une recherche d'activités très variées permettant d'occuper l'esprit et le corps.

Les adultes TDAH ont aussi une propension naturelle à sortir des normes et des conventions, et ainsi à découvrir leur propre chemin. Ils savent que cette tendance à sortir des sentiers battus et à chercher des solutions originales peut être une source de satisfaction personnelle et de reconnaissance sociale (12).

Ce sont donc souvent des personnes intuitives et inventives. Quand elles trouvent à l'exprimer de façon positive, cela leur ouvre les voies du succès.

Inventivité, originalité, exploration de voies nouvelles permettent aux plus chanceuses d'entre elles de réussir brillamment dans les activités artistiques et scientifiques, voire aussi dans d'autres domaines.

→ Régulation de l'alimentation et du sommeil

Il existe une difficulté à instaurer et respecter des rythmes réguliers et reconduits d'un jour à l'autre. Il en découle une déstructuration des pratiques alimentaires et des rythmes nycthéméraux.

Sur le plan alimentaire, l'hyperactivité motrice se traduit par une répugnance à rester assis à table le temps d'un repas. Les hyperactifs préfèrent manger « sur le pouce », si possible en menant une activité parallèle.

Chez les adultes TDAH, il existe une forte fréquence d'anomalies pondérales avec des surcharges ou des fluctuations anarchiques au gré des régimes entrepris dans l'enthousiasme puis interrompus par la difficulté à tenir le cap.

Sur le plan du sommeil, les hyperactifs redoutent tout particulièrement l'heure du coucher. La nécessité de rester immobiles en attendant le sommeil est un supplice, les pensées tourbillonnent.

C'est aussi souvent tard le soir que surgit l'idée brillante, qu'il faut impérativement commencer à mettre en œuvre et qui impose de sacrifier les premières heures de sommeil. De plus, c'est la nuit qu'ils sont le moins dérangés par des sollicitations extérieures et qu'ils trouvent les conditions propices à une meilleure concentration pour l'exécution de leur travail.

Leur difficulté à apprécier les durées et les délais ne les avertit pas que la nuit avance.

Le besoin de bouger à l'endormissement peut également survenir au milieu de la nuit, à l'occasion d'un réveil, et les conduire à pratiquer des séances de gymnastique ou de musculation intense pour se calmer... séances qui, en réalité aggravent malheureusement encore plus la déstructuration du sommeil (12).

6. Le quotidien des adultes hyperactifs :

Il y a déjà plus de 40 ans, lors d'une étude menée par Menkes (1967), celui-ci avait décrit un devenir particulièrement sombre d'un groupe d'enfants hyperactifs réexaminés à l'âge adulte : plusieurs avaient développé une pathologie mentale psychotique ou souffraient de retard mental ; parmi les plus autonomes, certains avaient longuement fréquenté les milieux institutionnels (in 12).

Plus tard, Borland et Heckman (1976) tiraient de leur étude des conclusions moins pessimistes : la majorité des enfants hyperactifs devenus adultes était financièrement autonome et professionnellement active. Cependant, la plupart n'avaient pas atteint des conditions de vie aussi bonnes que leur fratrie indemne du syndrome de TDAH (12).

Ces études ouvraient la voie à un intérêt grandissant pour le devenir au quotidien des adultes TDAH, que ce soit au niveau scolaire et professionnel, dans leur vie sociale ou de couple, dans l'éducation de leurs enfants, la gestion de leur budget ou même à l'occasion de certaines tâches de la vie courante comme la conduite automobile.

a. Cursus scolaire et vie professionnelle

Les enfants hyperactifs ont un cursus scolaire émaillé de difficultés d'apprentissage, de redoublements, de placements dans des classes spécialisées, malgré une intelligence normale, voire supérieure pour certains comme le rappellent Bouvard et coll. (25).

Il faut donc s'attendre à ce que ces difficultés soient comparables chez les jeunes adultes poursuivant des études.

Toutes les études longitudinales ou transversales menées sur cet axe de la vie des adultes TDAH, aboutissent sensiblement aux mêmes résultats : le nombre d'années de scolarité est plus faible chez les hyperactifs. Beaucoup ne finissent pas leurs

études secondaires. La probabilité pour eux d'obtenir un diplôme universitaire est plus faible car ils sont moins nombreux à parvenir à l'université et de plus, ils mènent souvent de front études et activités professionnelles (16, 79, 80, 103, 131).

Ils accèdent à un grade universitaire moins élevé (103).

Une faible proportion d'adultes TDAH parvient à des professions « élevées » qui exigent de longues études (79, 80). Ces adultes réussissent mieux dans les métiers créatifs (dessin, informatique, politique...), les métiers à risque ou d'urgence (pompiers, infirmière, militaire...) ou les métiers indépendants (médecins, dentistes...).

Inversement, les métiers plus conventionnels (fonctionnaires, comptables...) leur conviennent nettement moins bien.

On retrouve également une proportion plus élevée de gérants ou propriétaires de petits commerces ou artisans chez les hyperactifs. On peut y supposer un lien avec les principaux symptômes du trouble : ce sont des adultes qui recherchent un métier non sédentaire et qui ne soit pas soumis à une supervision, où le suivi d'horaires et d'un travail réguliers ne soient pas un fondement.

Les hyperactifs ont plus de symptômes sur leur lieu de travail. Conséquence attendue, ils sont moins appréciés de leur hiérarchie pour tout ce qui relève de l'organisation, de la ponctualité, de l'autonomie dans le travail, des oublis (16).

Ils ont malheureusement tendance à changer de métier et de poste tous les deux ans.

Ceux sans diplôme errent de petit travail en petit travail ou sont au chômage, souvent bien plus dépendants de leurs parents pour le logement.

Ils atteignent dans l'ensemble un niveau socio-économique plus faible que la population générale.

b. Vie sociale

Certains adultes souffrant de TDAH ont acquis fort peu de sociabilité et portent souvent peu d'attention aux indicateurs sociaux. Ainsi par exemple, plutôt volubiles, ils ne se rendent pas toujours compte que la personne avec qui ils discutent a perdu tout intérêt dans leurs trop longs monologues.

D'autres conflits relationnels peuvent surgir du fait que l'adulte hyperactif n'a pas appris à émettre ses opinions d'une manière diplomatique.

Ils sont également souvent portés à interrompre les autres dans leur conversation.

Au moment d'un désaccord, ils se laisseront emporter par des vagues d'émotions fortes et ne se rendront pas compte d'un comportement offensant ou inapproprié.

Aux yeux des autres, ils exagèrent dans leurs réactions mais c'est sans tenir compte de l'intensité des émotions qui les habitent, rendant pourtant compréhensibles ces mêmes comportements.

Il faut se souvenir que les personnes déficientes attentionnelles non diagnostiquées et non traitées trouvent que le monde est bourdonnant, affairé, va trop vite. Elles sont incapables d'appivoiser leur environnement. Ce n'est pas seulement le monde qui les rend confuses mais aussi leurs propres réactions. La vulnérabilité créant le besoin de se protéger, la personne peut vite s'enrager et entrer dans des colères à propos de tout et de rien.

De tels schémas comportementaux ne sont donc pas en faveur de bonnes bases pour tisser une vie sociale stable et épanouissante. Ils n'occasionnent d'ailleurs pas que des problèmes aux adultes hyperactifs mais mettent aussi parfois les conjoints dans l'embarras.

Il faut également ajouter comme facteur de mauvaise stabilité dans la conservation d'un entourage social, les déménagements souvent plus importants chez les adultes souffrant de TDAH.

Pour certains enfin, factures impayées, chômage et addictions peuvent conduire à une désocialisation totale.

c. Vie de couple

Dès l'adolescence, l'hyperactivité exerce une influence sur la vie sentimentale mais aussi sur les pratiques sexuelles (12, 95).

Beaucoup ne parviennent pas à maintenir de relations affectives stables et ne vivent que de brèves relations. Ils connaissent une multiplication des expériences et des partenaires (12).

S'y ajoutent des conséquences médico-légales : les adolescents et les adultes souffrant de TDAH prennent plus de risques et sont moins prévoyants. Ils n'utilisent donc pas suffisamment les multiples moyens contraceptifs avec pour conséquence une augmentation du nombre de grossesses juvéniles et de maladies sexuellement transmissibles (16).

D'après Barkley et coll. (16), il y aurait vers 20 ans un taux de maladies sexuellement transmissibles quatre fois plus élevé chez les hyperactifs que chez les contrôles, et le nombre de naissance chez des mères de moins de 20 ans est aussi encore quatre fois plus élevé. D'ailleurs, moins de la moitié de ces jeunes parents hyperactifs ont la garde de leur(s) enfant(s).

Kessler en 2004 signale que les adultes hyperactifs âgés entre 18 et 44 ans ont un risque accru de séparation ou de divorce par rapport au reste de la population (70).

Il apparait que lorsque les adultes hyperactifs sont en couple, il existe un degré plus élevé de souffrance psychologique chez le conjoint. Cela tient à de nombreux détails de la vie courante. Vu leurs difficultés à gérer leur vie quotidienne, les adultes

souffrant de TDAH trouvent souvent un équilibre relatif en s'associant avec des conjoints « organisateurs ». Ce sont ces derniers qui prendront les rendez-vous importants (médecin ou dentiste), contacteront les ouvriers ou artisans, qui se chargeront d'équilibrer le compte en banque ou de régler les factures et impôts.

Souvent, ces relations prendront l'allure d'une relation mère-fils ou père-fille où l'un des conjoints fonctionne à plein régime tandis que l'autre est maintenu dans un rôle d'irresponsable et de dépendant.

Les problèmes surgissent alors :

- soit de « l'organisateur » qui exige et attend d'avantage de participation de la part de son conjoint notamment lors de l'arrivée d'un enfant, lorsque les responsabilités s'accroissent : celui qui s'occupait déjà de toutes les charges se voit dépassé par des responsabilités supplémentaires chronophages et accumule les frustrations. Le conjoint, même avec les meilleures intentions du monde, n'a que de piètres capacités organisationnelles et n'arrive pas à remplir son rôle, le réalisant à l'à-peu-près, à la dernière minute voire l'oubliant carrément ; l'autre, dans l'incompréhension de ces difficultés, l'interprète alors comme un manque de bonne volonté ou une indifférence à sa vie de famille,

- soit du conjoint souffrant qui finit par « maugréer » contre le contrôle que « l'organisateur » exerce sur lui ou elle. Ceci est notamment vrai lors du passage de la trentaine où les adultes hyperactifs acquièrent de la maturité permettant une meilleure organisation de leur quotidien. Leur conjoint sur lequel ils s'appuyaient jusqu'alors est alors perçu comme un dominateur avec des attentes opprimantes et inutiles (95).

Ordre et propreté sont souvent au centre des débats dans les couples dont un des partenaires est atteint de TDAH : accumulation d'énormes quantités de déchets, paperasses qui s'entassent en espérant un jour y mettre de l'ordre, accessoires de jeu ou de loisir rangés « temporairement » dans les lieux de vie ou la chambre à coucher et qui y végètent durant des mois. Certains couples en arrivent à un compromis en créant une « chambre à désordre » dont ils gardent la porte fermée !

Les oublis quotidiens de la part du conjoint hyperactif sont également source de tension : depuis le fait d'omettre de verrouiller la maison ou la voiture, voire de s'enfermer au dehors, jusqu'au fait d'oublier les rendez-vous voire les dates d'anniversaire importantes, le conjoint connaîtra de nombreuses déceptions ou engagement non remplis (95).

Les retards continuels, étroitement liés aux oublis et à la mauvaise qualité de gestionnaire des adultes hyperactifs, provoquent également frustrations et impatiences au sein du couple. Souvent, les adultes hyperactifs s'engagent tant dans une tâche qu'ils en oublient tout le reste. Ils sous-estiment le temps nécessaire à une activité. Ils surchargent leur agenda et même dans une journée relativement bien planifiée, il leur sera toujours possible d'être en retard en tentant d'insérer entre deux rendez-vous une activité supplémentaire (12).

Les deux sexes ne sont pas sur un pied d'égalité concernant leur vie de couple. En effet, les maris de femmes hyperactives expriment plus de souffrances que les conjointes d'hommes hyperactifs. Ces maris se disent également plus gênés par les problèmes de leur épouse. Ils sont plus critiques envers elles, contrairement aux femmes d'adultes hyperactifs qui seront plus étayantes et chercheront à compenser les défauts de leur mari. Ainsi, d'après une étude menée au Canada par Minde et coll. (88), 7 hommes sur 12 se sont séparés de leur femme hyperactive contre 2 femmes sur 21 ayant quitté leur mari hyperactif (12).

Ceci peut tenir au fait qu'une femme hyperactive se voit contrainte de tenter d'assumer encore trop souvent une plus large part des tâches de la vie familiale qu'un homme. En plus de leur activité professionnelle, elles se voient investies de tâches inhérentes aux enfants (les accompagner à l'école, superviser leurs devoirs, organiser des activités extrascolaires, favoriser leurs relations avec les pairs, jouer avec eux, les écouter et les consoler, les emmener à divers rendez-vous), gérer le ménage, faire les courses, préparer les repas tout en continuant à séduire leur mari ! Cette multitude de responsabilités sur lesquelles elles vont parfois être défailtantes explique la souffrance plus grande et la gêne plus importante au sein du couple.

On peut noter également que les conjoints d'adultes hyperactifs des deux sexes ont une tendance à avoir plus souvent un trouble psychiatrique que ceux de la population générale.

Peu d'études ont réellement proposé des analyses précises de cette situation et il manque encore des données pour savoir quelle part de ces troubles est apparue après la rencontre du couple et quelle part préexistait.

A l'extrémité de cette observation, on peut retrouver des couples où les deux membres souffrent de TDAH. Dans de tels couples, le problème évident est la situation de confusion et de crise perpétuelle. Pour de telles situations, le traitement consiste à se concentrer sur des techniques d'organisations simples, structurées et pratiques pour chacun des membres. La grâce salvatrice de ces familles tient au fait qu'aucun des deux conjoints n'exige ou n'attend de l'autre un haut niveau de clarté ou d'organisation (95).

d. L'éducation des enfants et l'exercice des fonctions parentales

L'hyperactivité des adultes est porteuse de conséquences sur leur manière de remplir leurs devoirs de parents, tant vis-à-vis de leurs propres enfants hyperactifs que de ceux exempts du trouble.

- **L'adulte hyperactif face à son enfant**

Dans l'exercice de ses fonctions parentales, un adulte hyperactif risque d'agir à la légère, de réagir de façon excessive, de manquer de constance, de prudence ou de prévenance (12).

Il trouve ennuyeuses de nombreuses tâches parentales comme rester assis calmement avec son enfant durant le repas, le surveiller au terrain de jeux en restant sur un banc ou plus tard l'assister dans son travail scolaire.

Il a également de la peine à combiner l'idée de faire les courses tout en surveillant sa progéniture.

Toutes les difficultés de planification rencontrées en général ont leur traduction dans les tâches parentales : organiser les activités extrascolaires, garder du temps dans son emploi du temps pour jouer avec son enfant ou ne pas être en retard pour aller le chercher à la sortie de l'école, à la crèche, etc...

Beaucoup se sentent débordés par les problèmes d'organisation de la vie familiale et ont une conscience douloureuse de leur manque d'efficacité, ce qui ne fait qu'accroître leur mauvaise estime de soi (132).

Malgré toutes ces constatations, l'étude de Minde (88) parvient au résultat rassurant que les enfants non hyperactifs, nés de parents hyperactifs, ne se distinguent pas des enfants issus de parents des groupes contrôles.

Rutter (107) observait toutefois à Londres, que les enfants sont plus affectés si c'est le parent du même sexe qui souffre d'une hyperactivité. Il montre également que la présence d'un parent sans trouble psychiatrique avéré est un facteur protecteur important pour les enfants ayant un parent souffrant de TDAH.

Toutes ces observations influençant ou non le devenir psychologique des enfants de parents hyperactifs, demandent encore à être étayées et diversifiées.

- Si l'adulte hyperactif a lui-même un enfant atteint du TDAH (134)

Le parent TDAH se reconnaît dans l'enfant hyperactif et y reconnaît son propre passé.

Quelquefois, il va banaliser les conséquences néfastes de la pathologie de son enfant et la souffrance engendrée. Il va être d'une grande tolérance vis-à-vis des troubles pourtant marqués de son enfant, ce qui va étonner ou irriter l'entourage et les institutions scolaires et éducatives. Il y aura une sorte d'adaptation aux symptômes, voire même l'enthousiasme débridé, l'énergie sans limite, le tempérament ludique seront-ils valorisés par le parent hyperactif et renforcés positivement.

Les propres symptômes résiduels du parent vont parfois conduire celui-ci à aller jusqu'à s'opposer aux institutions scolaires ou éducatives et à rejeter toute suggestion concernant le suivi de son enfant.

A l'inverse, le TDAH de l'adulte peut avoir pour conséquence qu'il supporte très mal celui de son enfant.

Les difficultés communes vont se conjuguer pour rendre insupportables les situations banales de la vie quotidienne. Ainsi, les débuts et fins de journées tournent-elles au drame quand le parent a besoin de concentration et de calme pour organiser la matinée ou aider aux devoirs, et que l'enfant s'agite et se disperse.

Dans les conflits se développant entre parent et enfant, l'adulte retrouve parfois les conduites de provocations coutumières de sa propre enfance : provocations verbales, moqueries parfois cruelles à l'encontre de son enfant, ne font qu'alimenter l'auto-dévalorisation des enfants hyperactifs.

L'hyperactivité d'un parent a souvent un impact sur l'adhésion au traitement prescrit pour son enfant ; les difficultés habituelles chez un tel parent à écouter attentivement, à suivre les instructions, à mener une tâche à son terme, constituent des facteurs de mauvaise observance et de moindre efficacité des traitements et des stratégies éducatives recommandées pour l'enfant.

Weiss remarque néanmoins qu'un parent hyperactif serait mieux placé pour comprendre ce dont souffre son enfant puisqu'il l'expérimente lui-même. Cela devrait permettre de faire passer plus facilement à ce dernier son enthousiasme pour un programme thérapeutique.

Toutefois, un parent souffrant de TDAH est prompt au désenchantement vis-à-vis d'un programme de soins et est vulnérable aux propositions alternatives promettant des solutions rapides ou nécessitant peu d'investissement personnel.

e. Gestion du budget (95)

Les crises conjugales, les changements professionnels, les déménagements plus fréquents que dans la population générale, rendent plus précaires les conditions de vie des familles où un adulte est hyperactif et ce, même en l'absence de difficultés financières importantes.

Le budget est géré de façon chaotique. Les investissements hasardeux ne sont pas rares.

Les adultes atteints de TDAH sont trop souvent incapables de prévoir les dépenses importantes à venir. Leur maison est souvent encombrée d'objets hétéroclites, onéreux, sans utilité, vite achetés et vite délaissés ou oubliés. Leurs difficultés financières ne viennent pas forcément d'achats compulsifs mais parfois d'une piètre organisation : factures accumulées, attitude délinquante de ne pas régler les factures, mauvaise organisation financière qui apparaît au moment de payer les impôts, retraits au guichet automatique non comptabilisés, chèques sans provision par manque de prévoyance.

Le salut vient souvent d'un conjoint plus organisé, payeur de factures et gestionnaire des comptes. Quelquefois, une carte de crédit avec retraits plafonnés est également une solution.

f. Une tâche quotidienne particulière : la conduite automobile

De nombreuses études rapportent, chez les adultes hyperactifs, un risque accru d'implication dans des accidents de la circulation. Aux conséquences médicales de ces accidents s'ajoutent celles liées au non respect du Code de la Route (12).

Le sexe féminin n'est d'ailleurs pas protégé dans cette pathologie puisque les femmes souffrant de déficit attentionnel connaissent un risque aussi élevé d'accidents et d'infractions que leurs homologues masculins.

Aux Etats-Unis, l'étude publiée par Barkley et coll. (17) sur des adolescents et jeunes adultes hyperactifs, montrent qu'ils conduisent plus souvent une voiture avant l'obtention de leur permis, ont de moins bonnes habitudes de conduite, plus souvent de suspension ou de retrait de permis, plus d'infractions notamment pour excès de vitesse et, avec pour retentissement, quatre fois plus d'accidents en tant que conducteurs.

Les études ultérieures confortent ces constatations en les recoupant avec les données issues de registres officiels mais aussi par l'usage de simulateurs de conduite : il existe plus d'habitudes dangereuses comme une tenue erratique du volant, des freinages intempestifs ou des temps de réaction trop longs (93).

Tous ces faits restent avérés après contrôle des variables confondantes, notamment le trouble des conduites, c'est-à-dire que l'existence chez certains patients de traits de personnalité poussant à affranchir des règles et des contraintes sociales de toute nature, ne suffit pas à expliquer le phénomène.

D'après Barkley (17), les opérations de base de la conduite automobile sont gênées par l'altération des fonctions exécutives caractéristiques de l'hyperactivité. Celle-ci affaiblirait l'attention, la résistance à la distraction, l'inhibition de la réponse, la capacité à suivre des règles rentrant en conflit avec les informations sensorielles et allongerait le temps de réaction le rendant plus variable ; tout ceci détériorant l'attitude au volant.

g. Les hyperactifs épanouis

Nous avons vu jusque là toutes les conséquences néfastes du TDAH qui entravaient l'épanouissement des adultes présentant ce trouble.

L'observation clinique confirme cependant l'existence de sujets brillants accablés d'une hyperactivité tout à fait manifeste, et connaissant néanmoins une réussite confirmée dans différents domaines de la vie (12). Il est donc une question mal connue : celle des conséquences favorables de l'hyperactivité !

Ainsi, déjà à la fin du 19^{ème} siècle, Kraepelin remarque dans sa description des adultes instables que beaucoup présentent une vivacité de l'imagination et un talent artistique certain. De même, au début du 20^{ème} siècle, Paul-Boncour (1905) note à propos d'écoliers instables « qu'ils sont brillants en certaines branches de l'enseignement » (in 12).

Abramson, en 1940, ajoute que les instables adultes, dans leurs formes frustes, peuvent avoir de grandes vocations créatrices.

Vivacité de l'esprit, enthousiasme, inventivité et audace sont les conséquences positives et porteuses de l'impulsivité et de l'agitation, et peuvent contribuer à la réussite de certaines personnes, de certains personnages (quidams et célébrités).

Il reste néanmoins difficile de savoir si ces destins épanouis d'hyperactifs restent exception anecdotique ni même quelle proportion d'enfants hyperactifs connaissent une vie adulte épanouie.

Il est devenu de mise pour certains auteurs et chercheurs d'indiquer la longue liste de célébrités appartenant à l'histoire ancienne ou récente chez qui un TDAH est suspecté.

Ainsi, déjà au niveau des mythes, Héraclès serait-il un parfait exemple de personnage hyperactif : héros grec élevé au rang de demi-dieu, il présente une enfance instable et agitée avec, dès son âge le plus tendre, une disposition à l'irritabilité et à l'impulsivité, allant jusqu'à tuer son maître de musique Linos, qui le réprimandait sur sa turbulence, en lui jetant sa lyre à la tête (12).

Historiquement, le théologien fondateur du protestantisme Calvin fut un enfant difficile, narguant ses parents par de multiples facéties et les désespérant de pouvoir un jour être éduqué (53).

Jolicoeur va déceler le syndrome chez une longue série de grands personnages de Mozart à Kerouac.

Lecendreux fournira également en 2003 une liste de célébrités présumées hyperactives. Nombre de ces célébrités appartient aux mondes artistiques et scientifiques et brillent par leur inventivité, leur goût pour les idées originales et leur fertilité d'esprit (76).

La littérature classique et la sagesse populaire reconnaissent particulièrement un lien étroit entre inventivité et distractibilité. Le personnage populaire du savant distrait en est la preuve.

L'auteur Georges Colomb (1856-1945) crée ainsi le « savant Cosinus ».

Celui-ci aurait été inspiré selon plusieurs modèles parmi des mathématiciens renommés, contemporains de son créateur qui les croisait à la faculté : Jacques Hadamard (1865-1963), Paul Painlevé (1863-1933) et Henri Poincaré (1854-1912) (in 12).

Mais l'hyperactivité n'est pas seulement un terrain fertile pour la recherche scientifique ou la création artistique. Elle favorise aussi l'éclosion d'autres vocations, moins grandioses, mais permettant tout de même l'épanouissement à l'âge adulte. Ces vocations s'orientent vers des métiers indépendants ou parfois, a contrario, vers des professions à forte structure hiérarchique. Certains adultes hyperactifs appartiennent à un type décrit par Weiss (132) « anxieux moralisateur » et développent contrôle de soi, perfectionnisme et rigidité ouvrant ainsi les portes à une carrière militaire par exemple.

Mannuzza et coll. (81) déterminent que beaucoup d'adultes hyperactifs aiment s'occuper d'une petite entreprise commerciale ou artisanale. Leur énergie et leur enthousiasme, leur sens de l'innovation et de la prise de risque, permettent quelquefois à ces fondateurs de petites entreprises de connaître un succès remarquable.

Beaucoup se caractérisent également par une empathie prononcée qui engendre des personnes suscitant de la sympathie car serviables, curieuses, enthousiastes en même temps qu'agitées et étourdies.

Cette empathie, associée à quelques efforts pour de plus longues études, donne même lieu à des exemples emblématiques puisque Hallowell et Ratey (1994), tous deux psychiatres, révèlent publiquement leur propre hyperactivité dans la préface de leur livre (59).

Certains hyperactifs enfin, ont un tempérament de meneur qui les conduit vers le monde syndical et politique. « Ainsi, la question pourrait être posée pour tel homme politique, doué d'un contact chaleureux, d'une certaine difficulté à tenir en place accompagnée d'impulsivité, mais aussi d'une ténacité remarquable qui lui a permis de mener une longue carrière couronnée de succès. La question reste évidemment sans réponse puisque cette dernière réside dans l'enfance de cet homme marquée ou non par les signes du TDAH » (in 12).

V- LES TRAITEMENTS DU TDAH DE L'ADULTE

Le début précoce du TDAH et sa chronicité, son retentissement dans tous les domaines de la vie, les nombreux troubles comorbides l'accompagnant, font de ce trouble une entité complexe ne pouvant se résumer à une affection neurologique. Sa prise en charge implique donc d'être globale et prolongée (12, 50, 72, 91).

Cependant, il existe de réelles difficultés de suivi psychiatrique des adultes hyperactifs.

D'une part, les symptômes primaires vont être la cible principale de mesures thérapeutiques (notamment médicamenteuses), mais il reste fréquent qu'ils persistent à un niveau gênant pour la prise en charge. Ainsi, les consultations elles-mêmes en sont affectées : patients hermétiques à tous propos, s'écoutant parler durant tout l'entretien ou distraits, enclins à changer souvent de méthode ou d'objectifs thérapeutiques, s'enthousiasmant pour de nouvelles "para-méthodes", en retard ou ratant tout bonnement les consultations. Les symptômes du TDAH peuvent donc interférer avec les soins et conduire à qualifier de "résistant" le patient qui les présente.

D'autre part, la prise en charge va nécessiter de considérer la dynamique familiale : parfois, avant de traiter le patient hyperactif lui-même, faudra-t-il résoudre des symptômes portés par un autre membre de la famille (dépression du conjoint par exemple) (134).

Enfin, l'association de l'hyperactivité aux troubles comorbides entraîne des difficultés quant aux choix des stratégies et des priorités thérapeutiques.

Les stratégies thérapeutiques restent discutées et discutables, et ce, d'autant plus chez l'adulte où aucune méta-analyse n'a concerné le syndrome d'hyperactivité et sa prise en charge.

Il est difficile, à l'heure actuelle, de comparer de façon impartiale les bénéfices respectifs apportés aux patients par les différents modes d'intervention (12). Ainsi,

des études montrent l'intérêt du traitement pharmacologique chez certains patients, mais non chez tous. Les études sur l'apport des psychothérapies n'en sont encore qu'à leurs balbutiements et il n'y a réellement que les thérapies cognitives et comportementales qui commencent à être évaluées actuellement.

Il est donc aisé de comprendre, devant ces constatations, que le psychiatre n'est amené qu'à conseiller le patient en s'appuyant sur ses convictions éclairées par l'avis de quelques seniors dans la matière, et par sa propre expérience.

Il reste tout de même un mode d'intervention indiqué en tout premier lieu pour la plupart des patients dès le diagnostic établi. Il mérite de s'y attarder en priorité : le traitement psychosocial.

1. Le traitement psychosocial :

Il correspond à la notion canadienne très en vogue de psychoéducation : posé et expliqué, le diagnostic a déjà en soi une valeur thérapeutique.

Déjà en 1995, Nadeau assigne cinq rôles principaux aux intervenants qui prennent part au traitement psychosocial (94) :

- rôle d'éducation auprès du patient, notamment sur la nature de ses troubles,
- rôle d'aide et d'encouragement à ne pas céder à la victimisation : le diagnostic ne peut être utilisé comme excuse pour tout ce qui pose problème, il doit au contraire inciter à prendre des mesures pour trouver des solutions. Le patient prend une part active dans la mise en place de stratégies pour s'aider lui-même.
- rôle d'interprète auprès de l'entourage du patient dérouté et irrité par des symptômes mal compris,
- rôle structurant, reposant sur une pratique active destinée à aider le patient à développer ses propres compétences,
- rôle de conseiller dans la vie quotidienne, aidant à organiser celle-ci dans ses aspects les plus concrets.

Weiss reprend ces concepts en 1999 pour en conserver trois axes psychoéducatifs principaux (133):

- un travail d'information et de réflexion avec le patient regroupant un échange sur le syndrome, son retentissement, les cibles et moyens thérapeutiques, et sur les évolutions possibles de son trouble,
- une restructuration de l'environnement du patient, en repérant bien le moment privilégié pour entamer cette adaptation (notamment au moment des périodes de transition de vie), et en proposant des stratégies d'adaptation dans différents domaines de vie (cf. ci-après),
- une prise en charge plus globale de la famille : ce travail doit identifier les troubles existants chez les proches, mesurer les difficultés relationnelles du patient souvent minimisées par celui-ci et atténuer une certaine culpabilisation qui pèse sur le membre souffrant de TDAH. Informer et aider les familles, voire entamer une thérapie de couple ou une thérapie familiale font partie intégrante de la prise en charge du syndrome (110).

La psychoéducation passe donc par diverses voies selon les pratiques et les cultures :

- relation duelle entre le patient et son thérapeute où seront dispensées informations, réflexions et stratégies d'adaptation,
- création de groupes de travail psychoéducatif dirigés par des thérapeutes et réunissant patients et familles lors de plusieurs séances interactives reprenant les points essentiels d'éducation et d'adaptation,
- prise en charge faisant appel à un professionnel du coaching (notamment Outre Atlantique) : le coach va agir en tant qu'assistant pratique dans la vie quotidienne, et en tant qu'aide dans les difficultés de communication avec l'entourage. Ce concept équivaut à celui d'"entraîneur" utilisé au Québec (59).

Voici quelques stratégies d'adaptation très concrètes à proposer selon les difficultés identifiées, elles sont bien sur loin d'être exhaustives : (cf. aussi annexe n°6)

- face à des difficultés à organiser et commencer un travail :
 - préparer un horaire à suivre de façon régulière et automatique,
 - préparer un plan de travail avec les étapes à suivre pour exécuter le travail,
 - choisir un travail bien encadré où il n'y a qu'à exécuter des étapes prédéfinies,
 - éviter des travaux susceptibles de prendre au dépourvu le patient.

- face à des difficultés à maintenir concentration et attention :
 - éviter les sources de distraction en choisissant des lieux de discussion ou de travail calmes,
 - faire un résumé de ce qui est lu,
 - faire une chose à la fois,
 - regarder la personne qui parle dans les yeux pour s'assurer de bien l'écouter.

- face à des difficultés à maintenir énergie et effort :
 - choisir un travail où il peut être demandé suivi et supervision,
 - choisir un travail où une autonomie est possible,
 - ne pas entreprendre de tâches identifiées comme au dessus des limites,
 - se fixer des objectifs réalistes,
 - choisir un travail routinier où les tâches sont quasi-automatiques et demandent moins d'effort mental,
 - s'accorder une récompense après un travail difficile,
 - varier ses activités : une tâche manuelle après un travail intellectuel.

- face à des difficultés à assumer les problèmes affectifs divers :
 - apprendre à reconnaître les situations qui peuvent être source de stress,
 - reconnaître ce qui appartient à soi et ce qui appartient à l'autre,
 - apprendre à contrôler sa colère : se retirer d'une conversation qui fâche, changer de sujet, prendre l'air. Des groupes de thérapie peuvent être utiles dans ce cas,

- apprendre à soulager son stress : relaxation, yoga, taï-chi, autohypnose, etc...,
 - apprendre à parler de ses sentiments au fur et à mesure. Là encore, une psychothérapie peut aider à extérioriser ses affects.
- face à des difficultés à utiliser la mémoire de travail à court terme :
 - prendre des notes dans un calepin, un agenda, un calendrier,
 - préparer les questions à poser à ses interlocuteurs : médecins, employeurs, etc...,
 - toujours mettre les objets importants comme des clés au même endroit, que ce soit au travail ou à domicile,
 - développer des gestes automatiques, cela demande moins de mémoire et d'énergie,
 - faire un ordre de travail et l'afficher.

Cette prise en charge psychosociale doit parfois également affronter des stratégies d'adaptation mises en place par les patients, mais devenant contre-productives, comme par exemple la tendance de certains à développer une dépendance vis-à-vis de l'entourage et à vouloir y faire participer les thérapeutes. Il faut l'éduquer tout en évitant d'aggraver les conduites d'évitement néfastes conduisant à une démission psychologique (12).

2. Le traitement pharmacologique :

Le traitement pharmacologique sera toujours à envisager, même si les réponses individuelles à la mise en place d'une chimiothérapie restent très variables sur les différents symptômes et que rien ne permet de prévoir quel individu sera répondeur ou non à un traitement pharmacologique (12, 91).

Si les traitements fonctionnent, ils sont un intéressant préambule permettant une meilleure compliance à la psychoéducation, ainsi qu'à d'éventuelles psychothérapies à mettre en place.

Le traitement médicamenteux du TDAH de l'adulte repose, comme chez l'enfant, sur des médicaments appartenant à plusieurs familles : les psychostimulants, les antidépresseurs et un antihypertenseur central (50, 72).

Par rapport aux cas des enfants atteints de TDAH, on ne dispose encore que de peu d'études contrôlées conduites sur des adultes. La plupart mettent en œuvre des stimulants, essentiellement le méthylphénidate (12).

a. Les psychostimulants :

Depuis la publication de Bradley en 1937, rapportant l'amélioration comportementale d'enfants traités par une amphétamine, la benzédrine, les travaux se sont multipliés, et en 70 ans, l'intérêt des psychostimulants s'est confirmé dans l'hyperactivité.

Les amphétamines restent utilisées dans de nombreux pays pour leur efficacité dans ces indications, mais ont été retirées du marché en France, en raison de leur potentiel addictogène. Elles ne seront donc pas plus développées ici.

Il existe également un autre psychostimulant non autorisé dans notre pays : la pémoline. Elle ne sera donc pas plus étudiée.

Celui qui est principalement utilisé dans tous les pays et qui représente le psychostimulant de l'hyperactivité en France est le méthylphénidate. Cette découverte a été faite en 1944 à Bâle par Leandro Panizzon. La molécule a été diffusée librement dès les années 1950 dans le monde comme psychostimulant ayant une action intermédiaire entre la caféine et les amphétamines. Actuellement, elle est soumise aux règles de prescription des stupéfiants, ce qui en restreint considérablement l'usage (in 12).

En France, elle se présente sous plusieurs galéniques (4):

- une forme à action immédiate : RITALINE, METHYLPHENIDATE RUBIO
- une forme à action prolongée : RITALINE LP et QUASYM

- une troisième forme à action prolongée avec profil cinétique ascendant :
CONCERTA LP.

Seule la forme à action immédiate a l'autorisation de mise sur le marché pour les enfants de 6 ans et plus sans limite d'âge supérieur. Les autres formes n'ont l'indication que pour les enfants et adolescents. La prescription hors AMM reste donc souvent de mise.

- Mécanisme d'action : (25, 72)

Le méthylphénidate a une action sur les monoamines (dopamine et noradrénaline) du système nerveux central.

Cette substance augmente au niveau synaptique le taux de ces neurotransmetteurs en bloquant leurs transporteurs, entraînant ainsi l'accumulation de celles relarguées spontanément par le neurone.

Grâce aux études d'imagerie cérébrale, Volkow et Swanson ont montré que l'action se situait essentiellement au niveau du cortex préfrontal et des voies striatales dopaminergiques.

Une posologie se rapportant au poids est recommandée, bien que la dose optimale varie beaucoup selon les individus. Il existe des hyperactifs non répondeurs à la molécule ou ne répondant qu'à des doses très élevées.

Conséquence à cela, le dosage sérique n'a aucun intérêt en thérapeutique courante.

- Cinétique : (12, 25, 72)

La concentration sérique maximale du méthylphénidate est atteinte 1 heure 30 à 2 heures après la prise orale de la forme à action immédiate et diminue de 50 % 2 heures plus tard.

Les effets thérapeutiques sont maximaux au pic de concentration, puis diminuent. Ainsi, pour maintenir une activité suffisante, une nouvelle prise de méthylphénidate à action immédiate est nécessaire 4 heures après la précédente. Deux et souvent trois prises sont donc nécessaires pour conserver une efficacité sur une journée de 12 heures communément recherchée.

Pour pallier à cette contrainte, une forme à action prolongée représentée par RITALINE LP a été développée. Celle-ci a un pic plasmatique plus tardif et une demi-vie d'élimination prolongée, rendant celle-ci efficace durant environ 8 heures en une prise unique le matin.

Cependant, au cours des recherches a été découvert une tolérance aiguë au méthylphénidate : la tachyphylaxie. Il se crée une tolérance en quelques heures diminuant progressivement l'efficacité clinique sur le moyen terme à taux sérique constant (121).

Par contre, il n'existe pas de tolérance au long cours vis-à-vis de cette substance. Il n'y a donc aucune nécessité à augmenter la posologie au fil des mois une fois la dose efficace établie chez un sujet.

Pour lutter contre cette tachyphylaxie, les études de Swanson (Swanson 2005 Réf.) ont montré l'intérêt d'administrer des doses croissantes du produit au cours de la journée : pour maintenir une efficacité clinique constante, le taux de délivrance du méthylphénidate par unité de temps doit doubler de la première à la huitième heure.

CONCERTA LP est une application de ce principe conçu pour pallier à la tachyphylaxie. Donnée en prise unique, il comporte deux modes de délivrance du principe : un bolus délivré par l'enveloppe, destiné à atteindre rapidement le pic plasmatique et à produire un maximum d'effet pendant 2 heures, puis un système osmotique de délivrance contrôlée en quantité croissante, engendrant un profil ascendant de concentration plasmatique jusqu'à la dixième heure (12).

- Evaluation de l'efficacité chez l'adulte :

Méta-analyse de l'efficacité du méthylphénidate chez l'adulte

(d'après Faraone et coll., 2004)

Auteur, année	Type d'étude	Dose quotidienne mg/kg	Age moyen ans	% sujets masculins	Evaluateur	Effect size
Mattes et coll., 1984	crossover	0,7			médecin	1,3
Wender et coll., 1985	crossover	0,6	31	54	médecin	0,3/0,9
Gualtieri et coll., 1985	crossover	0,6	27	100	patient	0,3
Spencer et coll., 1995	crossover	1	40	43	médecin	0,5/1,1/2,3
Kuperman et coll., 2001	parallèle	0,9	31	75	patient	-0,2
Spencer et coll., 2002	parallèle	1,1	39	59	médecin	1,4
Toutes études confondues						0,9

Les études expérimentales et cliniques sont encore malheureusement trop rares chez l'adulte par comparaison aux travaux menés chez l'enfant.

Les études expérimentales, encore en nombre limité, aboutissent à des résultats significatifs. Ainsi, Aron et coll ou Turner et coll. font-ils tous la démonstration d'une efficacité réelle de la RITALINE sur l'adulte et, similaire à celle connue chez les enfants, sur des fonctions comme la fonction exécutive d'inhibition de la réponse ou les fonctions neurocognitives de la mémoire de travail spatial et de l'attention soutenue (10, 125).

Sur le plan clinique, neuf études randomisées ont été consacrées au méthylphénidate chez l'adulte hyperactif. Faraone a publié en 2004 une méta-analyse de ces études en ne conservant que celles randomisées, en double aveugle, avec des sujets contrôles sous placebo et menées avec des critères de diagnostic et d'évaluation standardisés. Tous les résultats sont en faveur d'un effet clinique net du méthylphénidate sur les symptômes du TDAH chez l'adulte.

Nous pouvons également ajouter à cela les études établissant l'intérêt du méthylphénidate chez les hyperactifs dans une activité spécifique : la conduite automobile. Ainsi, Cox a-t-il démontré une amélioration des performances de conduite sous méthylphénidate en simulateur de conduite, ainsi qu'en conditions réelles (38, 39, 40).

Il a également apporté la preuve d'un réel intérêt à la forme CONCERTA LP, en comparaison à RITALINE, concernant les performances au volant de fin de journée.

Il faut toutefois nuancer cette efficacité et ces résultats plus qu'élogieux du méthylphénidate :

- plusieurs observations rapportent une proportion importante de sujets ne tirant que peu ou pas de bénéfice du traitement (108),
- 20 à 50 % des patients seraient non répondeurs, soit de par une amélioration trop insuffisante, soit à cause d'effets indésirables (12, 50, 72),
- il est impossible de définir à long terme ce qu'il advient d'un traitement au long cours par méthylphénidate, tant en terme d'efficacité que de conséquences indésirables à plus ou moins longue échéance.

○ Effets indésirables du traitement : (49)

Effets indésirables potentiels du méthylphénidate
(d'après le Dictionnaire Vidal, 2009)

Le plus fréquemment	Céphalées, nervosité, difficultés d'endormissement, baisse de l'appétit, douleurs abdominales.
Moins fréquemment	Somnolence, vertiges, dyskinésies, difficultés d'accommodation visuelle.
Occasionnellement ou rarement	Nausées, vomissements, bouche sèche, tachycardie, palpitations, arythmie, élévation de la tension artérielle, réactions allergiques cutanées, chute de cheveux, leucopénie, anémie, augmentation des transaminases.
Très rarement ou exceptionnellement	Convulsions, crampes, mouvements choréo-athétosiques, purpura thrombopénique, dermatite exfoliatrice, érythème polymorphe, tics, psychose toxique, état dépressif passager.

Les principaux effets secondaires restent nervosité, difficultés d'endormissement et troubles de l'appétit. Ils touchent jusqu'à 30 % des sujets traités. L'intensité de ces effets indésirables peut parfois être atténuée par une diminution de posologie, mais également par un choix approprié entre les différentes galéniques proposées.

La sensibilité des patients à ces effets secondaires reste variable d'un sujet à l'autre et intervient certaines fois malheureusement dès les plus basses doses, avec dans quelques cas, de brèves périodes de dysphorie et mouvements stéréotypés au moment où la concentration sérique atteint son pic.

Une attention particulière doit être donnée à l'apparition ou à l'aggravation de tics et du syndrome de Gilles de la Tourette chez les patients hyperactifs traités. Autrefois contre-indication absolue à l'instauration du traitement, ils semblent aujourd'hui plutôt être améliorés par le méthylphénidate. Les études montrent qu'aucune corrélation statistique n'apparaît entre tics et utilisation d'un traitement par psychostimulant, mais une surveillance minutieuse reste de mise dans certains cas.

L'AFSSAPS a émis également de récentes recommandations suite au signalement d'effets indésirables cardiaques (hypertension, trouble du rythme cardiaque) et neurologiques (migraine, AVC). Désormais, avant de débiter le traitement, il faut rechercher des anomalies de la pression artérielle ou de la fréquence cardiaque, ou des antécédents allant dans ce sens. Il faut également être attentif à certains troubles psychiatriques : dépression, comportement suicidaire, psychose et manie. Durant le traitement, tension artérielle et ECG doivent être réalisés régulièrement. Le poids doit également faire l'objet d'une surveillance attentive en raison des troubles de l'appétit suscités par cette maladie. (4)

Enfin, il est préconisé d'interrompre au moins une fois par an le traitement, en raison d'absence de données sur les risques liés à une utilisation à très long terme du méthylphénidate.

Rien ne permet à l'heure actuelle d'exclure la survenue d'effets indésirables après dix ou vingt ans de traitement continu. C'est une réalité que les patients et les

prescripteurs s'engageant dans cette démarche doivent constamment conserver à l'esprit.

Il existe un dernier point très important à soulever : le risque de toxicomanie (12). Le méthylphénidate restant une molécule proche des amphétamines dans la classe des psychostimulants, la suspicion de genèse d'une toxicomanie à la prescription de celui-ci a longtemps été de rigueur.

Du côté des données expérimentales, les études démontrent une similarité d'action entre le méthylphénidate et la cocaïne, les deux substances favorisant la transmission dopaminergique dans la fente synaptique, mais il existe une différence fondamentale entre leurs deux cinétiques : celle de la cocaïne est beaucoup plus rapide que celle du méthylphénidate et est indispensable à la sensation de flash recherchée par les toxicomanes, et la seule susceptible de le procurer (127).

Avec le méthylphénidate, il n'y a pas d'augmentation suffisamment rapide de la dopamine et son élimination est ensuite trop lente.

De plus, pris oralement et à forte dose, le méthylphénidate induit des effets désagréables : dysphorie et mouvements involontaires stéréotypés. Ceci contrebalance les éventuels effets agréables.

Du côté des données épidémiologiques, les résultats ne sont pas non plus en faveur d'une favorisation de la toxicomanie suite à la prescription de psychostimulants. Ainsi, l'étude de Mannuzza étudiant la toxicomanie chez les adultes, seize ans après avoir reçu un traitement par méthylphénidate, a montré qu'aucune différence ne ressortait entre adultes traités et non traités dans la proportion de ceux devenus toxicomanes : ni dans l'âge de début, ni dans la durée de la consommation, et ce, quelle que soit la drogue utilisée (80).

Mieux encore, Wilens a réalisé une méta-analyse en 2003 de six études épidémiologiques montrant un risque de toxicomanie divisé par un facteur de 1,9 chez les hyperactifs traités, comparés à ceux qui ne l'ont jamais été. Le

méthylphénidate aurait donc même un effet protecteur relatif face au risque de toxicomanie ultérieure (in 12).

Dernier argument : l'usage de méthylphénidate par les toxicomanes eux-mêmes s'avère tout à fait exceptionnel selon les différentes enquêtes (12).

b. Un apparenté aux antidépresseurs : l'atomoxétine (102)

L'atomoxétine est un nouveau médicament enregistré en 2002 par la Food an Drug Administration (FDA) dans l'indication du TDAH (12).

Il s'agit du premier traitement non amphétaminique autorisé dans cette indication et commercialisé aujourd'hui aux Etats-Unis.

La procédure d'autorisation de mise sur le marché dans la même indication est en cours en France.

L'atomoxétine est un inhibiteur de la recapture de la noradrenaline, spécifique du transporteur présynaptique de la noradrenaline (NA). Par son action, elle empêche la recapture de la NA au niveau présynaptique et renforce ainsi la transmission neuronale noradrenergique.

L'ensemble des travaux suggère que l'efficacité de l'atomoxétine sur les symptômes du TDAH serait liée à une activation de la transmission catecholaminergique au niveau du cortex préfrontal (probable lieu de dysrégulations des circuits catecholaminergiques dans la physiopathologie du TDAH).

Le pic plasmatique est atteint en 1 à 2 heures. La dégradation se fait par voie hépatique. La demi-vie d'élimination du produit suit une distribution bimodale : 4 heures environ chez les sujets métaboliseurs rapides et 20 heures en moyenne chez les métaboliseurs lents (selon l'isotype du CYP2D6).

Le délai de réponse clinique au traitement reste mal connu.

Les études menées par Spencer puis par Michelson montrent une ampleur de l'amélioration des symptômes plus importante pour les symptômes d'inattention que pour ceux d'agitation / impulsivité.

Les principaux effets indésirables signalés sont la bouche sèche, les nausées, la baisse de l'appétit, la constipation, les vertiges, les difficultés sexuelles et les palpitations (12).

Une légère hausse de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque sont également possibles.

L'administration d'atomoxétine ne suscite pas d'effet plaisant ou euphorisant, ni même d'effet de type stimulant. Les études sont encore peu nombreuses, mais les résultats suggèrent que le détournement d'usage de cette molécule est très peu probable (102).

La surveillance après commercialisation sur le continent Nord Américain reste de mise pour confirmer la bonne tolérance du produit, surtout qu'il n'existe aucune étude sur la sécurité d'utilisation à long terme de l'atomoxétine.

Enfin, il est regrettable de ne pas disposer d'études comparatives avec le méthylphénidate, traitement de référence européen (12).

c. Les antidépresseurs :

○ Les antidépresseurs tricycliques ont été étudiés chez les enfants et les adultes souffrant de TDAH.

La désipramine a été la plus étudiée dans cette indication et a fait ses preuves sur les symptômes de l'hyperactivité, mais pas sur les troubles de la concentration. Elle a été retirée du marché et n'est plus disponible en France (12).

L'imipramine, dont la désipramine est un métabolite actif, pourrait avoir les mêmes effets.

La nortriptyline montre actuellement une efficacité chez l'enfant et l'adolescent hyperactifs dans plusieurs études et Spencer défend également son intérêt chez l'adulte (118).

Les effets indésirables de ces traitements sont essentiellement bouche sèche, constipation, trouble de la vision, insomnie, tachycardie et hypertension artérielle. Ils en limitent considérablement leurs utilisations. De plus, leur toxicité cardiaque en cas de surdosage les rend dangereux (12).

- Le bupropion est un antidépresseur aux propriétés agonistes dopaminergique et noradrénergique (12, 50, 72).

Les études de Wilens et Fava montrent qu'il peut être un traitement de seconde intention dans les cas de TDAH non compliqués, voire un traitement de première intention chez les patients hyperactifs avec comorbidité de type abus de substance ou trouble bipolaire. Ses principaux effets secondaires sont céphalées, nausées, bouche sèche, insomnie, sudation et constipation. Les limites dans son utilisation résident dans le risque élevé de crises épileptiques induites (72).

- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) ont un intérêt démontré par plusieurs études, mais leur risque d'interaction avec les psychostimulants les rend encore peu populaires. Le moclobémide a fait l'objet d'une étude ouverte prometteuse et attendant répliation dans des conditions méthodologiques standards (12).

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) restent encore à l'étude (118).

d. Les antihypertenseurs :

- La clonidine (CATAPRESSAN) est un agoniste des récepteurs alpha-adrénergiques. Cette molécule est efficace sur les symptômes d'impulsivité et d'agitation, mais n'a absolument aucun effet sur l'inattention. Son principal effet indésirable est la sédation. Elle semble avoir un effet intéressant en cas de TDAH

avec comorbidité de type tics ou syndrome de Gilles de la Tourette qu'elle améliore également (50, 72).

- La guanfacine est un antihypertenseur central alpha-2 adrénergique. Elle agirait préférentiellement au niveau du cortex préfrontal et du locus caeruleus. Les études publiées par Taylor et Russo en 2001 semblent lui témoigner des propriétés intéressantes avec comme principal effet indésirable de l'asthénie (in 12).

e. Le modafinil :

Le Modafinil est un traitement indiqué dans les cas de narcolepsie et les hypersomnies idiopathiques. Les études de Taylor et Russo, puis de Turner, rapportent également une efficacité de ce traitement sur tous les symptômes du TDAH (in 12).

f. Stratégies thérapeutiques en cas de comorbidité :

La coexistence de troubles comorbides au TDAH influe sur le traitement pharmacologique.

Voici un tableau résumant les grandes orientations thérapeutiques proposées selon le trouble comorbide présent. Ces recommandations restent encore au stade de la proposition, surtout chez les patients adultes où la pharmacothérapie du TDAH n'en est qu'à ses balbutiements.

Stratégies thérapeutiques médicamenteuses proposées selon les troubles comorbides (Bange F., Mouren M.C.) :

Stratégies thérapeutiques médicamenteuses proposées selon les troubles comorbides	
Trouble comorbide à l'hyperactivité	Stratégie thérapeutique médicamenteuse
Anxiété	<ul style="list-style-type: none"> * Traitement antidépresseur en première intention. * Si traitement psychostimulant déjà en cours : discuter sa poursuite avec adjonction d'un traitement antidépresseur et/ou anxiolytique.
Dysthymie	<ul style="list-style-type: none"> * Si diagnostic d'hyperactivité bien établi : discuter un traitement psychostimulant en première intention ; si amélioration insuffisante : discuter l'adjonction d'un antidépresseur.
Episode dépressif majeur	<ul style="list-style-type: none"> * Traitement antidépresseur en première intention. * Si gêne fonctionnelle persistante, imputable à l'hyperactivité, après normalisation de l'humeur : discuter l'adjonction d'un psychostimulant. * Si traitement psychostimulant déjà en cours : discuter sa poursuite conjointement au traitement antidépresseur.
Manie	<ul style="list-style-type: none"> * Traitement antimaniaque en priorité. * Après stabilisation de l'humeur : discuter l'adjonction d'un traitement psychostimulant sous couvert d'un traitement thymorégulateur. * Si traitement psychostimulant déjà en cours : l'interrompre, puis discuter sa reprise après stabilisation de l'humeur sous couvert d'un traitement thymorégulateur.
Trouble bipolaire	<ul style="list-style-type: none"> * Discuter le traitement conjugué thymorégulateur et psychostimulant.
Alcoolisme, toxicomanie	<ul style="list-style-type: none"> * Traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie en priorité. * Si et seulement si sevrage effectif et contrôlé sous la supervision d'un praticien expérimenté dans le sevrage, la post-cure et la gestion des rechutes : discuter le traitement psychostimulant.

3. La place des psychothérapies dans le traitement du TDAH :

Les psychothérapies apparaissent comme indispensables en complément du traitement pharmacologique, voire sans le traitement en cas d'inefficacité ou d'intolérance à celui-ci.

En France, l'évaluation des psychothérapies a récemment fait l'objet d'un rapport de l'INSERM dans le but de déterminer pour chaque pathologie si un mode de psychothérapie s'avérait le plus efficace, mais l'hyperactivité chez l'adulte n'a pas été abordée (in 12).

Il reste donc difficile de comparer en toute neutralité les bénéfices réels apportés aux patients par les différents modes d'intervention psychothérapeutique.

Dans le cas du TDAH, seules les thérapies comportementales et cognitives font l'objet d'études plutôt prometteuses.

Cependant, cela ne signifie en rien que les autres modes de psychothérapies soient inutiles, bien au contraire : l'expérience clinique suggère qu'elles sont souvent essentielles pour aider le patient à supporter la charge de souffrance psychologique que l'hyperactivité engendre.

a. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :

Les TCC ont été longuement développées chez les enfants souffrant de TDAH, notamment par Barkley. Chez l'adulte hyperactif, ce sont Nadeau et McDermott qui ont adapté ces programmes de thérapies cognitives en s'inspirant des travaux de Beck (94).

Les grandes lignes directrices de ces thérapies visent à créer les conditions pour que le sujet tire parti de ses compétences et des bénéfices que lui procure le traitement médicamenteux quand il en suit un. Elles associent l'éducation sur la nature de ses

troubles et déficit, la gestion du stress, la résolution de problèmes, l'affirmation de soi et l'entraînement aux habiletés sociales.

Plusieurs grandes études sont actuellement menées pour juger des résultats de telles thérapies. Elles incluent toutes des patients poursuivant parallèlement un traitement médicamenteux :

- Wilens et coll. en 1999 (140) étudient l'approche cognitive des pensées et réactions/émotions négatives face au TDAH. La thérapie apprend aux patients à contrôler et réévaluer leurs pensées dysfonctionnelles. Ce traitement comprenait en moyenne trente-six sessions sur douze mois, et 85 % des patients recevaient conjointement un traitement médicamenteux. L'amélioration générale a été importante pour 69 % des patients, tant dans les symptômes clés du TDAH, que dans les symptômes anxieux et dépressifs associés.

- l'étude de Stevenson et coll. en 2002 porte sur une thérapie cognitive touchant les problèmes associés au TDAH : démotivation, troubles de la concentration, faibles compétences organisationnelles, mauvais contrôle des colères et mauvaise estime de soi. Ce programme a vu une diminution des symptômes d'hyperactivité, une réduction du niveau de colère et une augmentation des compétences organisationnelles. De plus, une réévaluation à un an a permis de constater un maintien de l'amélioration des compétences organisationnelles et des signes d'hyperactivité (12).

- Hesslinger et coll. ont mené en 2002 un programme adapté de "la thérapie comportementale dialectique" pour personnalité borderline, du fait de nombreux symptômes communs aux deux pathologies. Une amélioration du groupe traité a été significative sur les symptômes de l'hyperactivité et des dépressions associées (12).

- Safren a développé en 2006 un modèle de TCC basé sur six modules : trois principaux et trois optionnels. Les modules principaux visent un entraînement à la résolution de problèmes, un contrôle de la distractabilité et l'élimination des pensées dysfonctionnelles. Les modules optionnels sont focalisés sur la lutte contre la procrastination, la gestion de la colère et l'amélioration de la communication, notamment lors de problèmes relationnels. Les résultats, encore parcellaires,

montrent une bien meilleure amélioration des symptômes lors de l'association traitement médicamenteux-TCC, que lors d'un traitement médicamenteux seul, notamment chez les mauvais répondeurs au méthylphénidate (108).

Tous ces résultats montrent l'intérêt de thérapies cognitives et comportementales dans le cadre du traitement du TDAH, notamment au-delà du traitement des troubles comorbides (pour lesquels ce type de psychothérapie a depuis longtemps fait la preuve de son efficacité) puisque l'amélioration est également appréciable sur les symptômes fondamentaux du trouble hyperactif.

Quelques points restent encore à évaluer dans le cadre du traitement par TCC :

- connaître la durée d'amélioration des troubles grâce à de telles thérapies et l'éventuelle nécessité de répliquer les programmes au cours de la prise en charge,
- savoir si tous les sujets adultes hyperactifs sont à même de participer à de tels programmes, étant par nature peu enclins à s'auto-évaluer et à persister dans les efforts quotidiens, notamment lorsqu'il faut généraliser les progrès par des exercices à domicile.

b. Les thérapies d'inspiration psychanalytique :

La plupart des psychanalystes ont constaté que le traitement de l'hyperactivité chez l'enfant peut difficilement passer par les méthodes habituelles de psychanalyse. Diatkine posait même comme une contre-indication aux psychothérapies de type analytique et aux rééducations individuelles le fait de présenter un TDAH (in 12).

D'après Misès, cela est justifié par le fait que le processus hyperactif va de pair avec une déqualification de l'Autre comme partenaire libidinal potentiel (90).

Les difficultés que les symptômes de l'hyperactivité engendrent dans la thérapie analytique d'un adulte sont exceptionnellement abordées.

Il est pourtant vrai que agitation, impulsivité et déficit attentionnel, sont autant d'obstacles susceptibles d'interférer avec une telle thérapie. L'interprétation

psychodynamique de retards, d'oublis de rendez-vous ou de paiements, risque d'être peu pertinente.

Observer a posteriori les difficultés familiales dans l'enfance du patient comme cause du syndrome, alors qu'elles peuvent n'être que conséquences, constitue une autre dérive possible.

Beaucoup d'auteurs mettent désormais en avant la question de savoir si un traitement médicamenteux établi avant la mise en route d'une psychothérapie ne pourrait pas grandement améliorer la qualité de prise en charge ultérieure des patients, d'un point de vue psychodynamique. La pharmacothérapie permettrait une atténuation des symptômes primaires et un rétablissement de la continuité de la pensée, permettant ainsi une meilleure introspection, et donc de meilleures capacités à s'investir dans une thérapie individuelle analytique (12).

La dernière question importante est de comprendre le sens d'entreprendre une thérapie d'inspiration analytique pour les patients souffrant de TDAH. Il n'existe aucune enquête systématique ayant évalué le champ des psychothérapies psychodynamiques chez les adultes hyperactifs. Les avis restent trop souvent contradictoires quant à la pertinence et aux objectifs de débiter une psychanalyse dans ces cas.

Il semble tout de même y avoir consensus de la plupart des psychanalystes pour admettre que rechercher, grâce à ces thérapies, une amélioration des symptômes primaires de l'hyperactivité, paraît illusoire. L'amélioration des comportements superficiels n'est pas le but que doit se fixer un adulte atteint de TDAH en entreprenant ce type de thérapie. L'intérêt d'une psychothérapie analytique se trouvera probablement bien plus dans la prise en charge de la souffrance et de la démoralisation engendrées par la pathologie, et dans l'aide à apprendre à gérer cette charge de douleurs psychologiques et de frein à un épanouissement total.

c. Thérapies familiales et thérapies de couple (72, 110)

Les adultes atteints de TDAH ont, pour la plupart, de moins bonnes aptitudes à mettre en place un fonctionnement familial optimum et une vie de couple épanouie.

Il existe un taux de séparation et de divorces supérieur à celui de la population générale chez les hyperactifs. Le conjoint d'un adulte hyperactif est bien souvent dépassé par cette pathologie qu'il n'arrive pas à aborder, et ne cesse de reprocher la désorganisation et le manque d'écoute de son ou sa partenaire atteint.

Une thérapie de couple permet de rétablir un équilibre dans la part d'efforts et de compromis que chaque membre du couple doit entreprendre pour un retour à la sérénité.

L'éducation à propos du TDAH, l'identification des dysfonctionnements créant les conflits, la mise en lumière des interactions néfastes au couple, va permettre grâce au thérapeute une amélioration du climat au sein du couple et va faire prendre conscience à chaque conjoint qu'il a un rôle important à jouer dans la reconstruction des relations de ce même couple.

L'agrégation familiale élevée de l'hyperactivité induit également que les familles comptent souvent plusieurs membres touchés en leur sein. Ces familles affrontent un défi particulier. L'éducation des enfants est plus difficile lorsque l'un des parents est hyperactif.

L'aide de l'entourage est indispensable pour améliorer l'adaptation familiale. La thérapie familiale devient un vrai soutien dans le quotidien de ces familles fragilisées.

VI – QUELQUES OBSERVATIONS CLINIQUES

1. Vignette n° 1: Maxime l'aventurier:

Maxime est un jeune homme de 22 ans qui vient consulter au Centre Médico-Psychologique à la demande du centre de prise en charge de toxicomanies (La Croisée), où il est suivi pour une addiction à l'héroïne.

L'équipe du centre de La Croisée a en effet constaté une atypicité dans le contact chez ce jeune patient et souhaiterait un avis spécialisé.

Il bénéficie d'un entretien d'accueil par une infirmière qui s'inquiète très vite de la présentation de ce jeune homme. Ses propos sont à la limite d'un discours cohérent, celui-ci expliquant ses voyages dans le monde entier sur des coups de tête, ses rencontres souvent très marginales, son sentiment d'être différent des autres. Il décrit une relation aux toxiques complexes, faite de prises très impulsives lui permettant de soulager son agitation et d'accepter son quotidien souvent trop ennuyeux et banal.

Je le rencontre donc dans le cadre d'une consultation médicale alors que plusieurs personnes suggèrent déjà à demi-mot une entrée en schizophrénie. Il arrive quinze minutes en retard.

Je découvre un jeune homme grand, élancé, très nerveux comme le témoigne ses pieds qui ne cessent de trépigner durant tout l'entretien. Le contact est bon et Maxime est ravi de cette nouvelle étape dans sa prise en charge. Il fait preuve de beaucoup d'intelligence et son élaboration quant à sa problématique est très poussée.

Il parle tout d'abord de ses abus de toxiques qui auraient débuté dès l'âge de 17 ans, afin, dit-il, de « canaliser son agitation intérieure ». Il a tout essayé : alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne en sniff.

Il a tout stoppé et se trouve actuellement sous traitement substitutif par SUBUTEX, mais il souhaiterait remplacer SUBUTEX par METHADONE car il fait un mésusage de SUBUTEX en le pilant pour le sniffer, retrouvant ainsi un effet shoot.

Sur le plan professionnel, il n'a aucun diplôme, ayant arrêté ses études à 17 ans car s'essouffant dans une voie trop générale et routinière à ses yeux. Il travaille comme employé dans une chaîne de restauration rapide. Il est actuellement en arrêt de travail car : « ce travail ne me convient pas, je m'y ennuie et j'ai envie d'autre chose ; de toute façon, je me dispute tout le temps avec mon supérieur ». Interrogé à ce sujet, il ne sait réellement vers quoi fixer ses choix futurs mais préférerait peut-être partir « vadrouiller dans le monde avec son sac à dos sur l'épaule et vivre au jour le jour ».

Sur le plan familial, il vit chez ses parents avec lesquels il est en conflit depuis toujours d'après lui : « nous n'avons jamais été sur la même longueur d'onde eux et moi. Ils ne m'ont jamais compris ».

Il a un frère de cinq ans plus âgé que lui avec qui il ne s'entend pas, se sentant sans cesse en compétition avec lui et se dévalorisant quant à sa réussite par rapport à son aîné qui a déjà une vie familiale et professionnelle stable.

Il est actuellement célibataire mais me raconte qu'un an auparavant, il avait emménagé du jour au lendemain avec une fille rencontrée trois semaines plus tôt. Leur relation avait duré sept mois puis avait pris fin car il se lassait de celle-ci. Il était alors retourné au domicile parental.

Je lui demande de me parler de ses voyages. Il m'explique avec fierté ses différents départs en Europe de l'Est, en Afrique. Il ressent un besoin de bouger, de découvrir d'autres paysages, d'autres cultures. Il me raconte ses rencontres parfois dangereuses, souvent marginales comme cet homme en Belgique qui se disait « réincarnation d'un grand sauveur » et souhaitait créer une communauté d'entraide. Critiquant tout de même cette dernière rencontre, il me dit qu'il aimerait beaucoup aider les autres mais n'en a pas l'étoffe.

Profitant de son désir de modifier son traitement substitutif et souhaitant poursuivre l'observation clinique de manière plus fine, car ne récupérant aucun symptôme franc de psychose, je lui propose une hospitalisation. Il saute littéralement sur l'occasion m'expliquant qu'il a besoin d'une pause dans sa vie, notamment vis-à-vis de son père avec qui les relations sont plus que tendues depuis plusieurs semaines, les colères s'enchaînant plus qu'à son habitude.

Nous programmons donc un séjour au centre hospitalier pour le début de la semaine suivante.

Le début du séjour se déroule sans difficultés. Aucun membre de l'équipe soignante ne repère de bizarrerie dans le contact ou d'élément délirant. Il est toujours très présent dans le service et se fait vite des amis parmi les autres patients.

Je profite de l'occasion pour explorer son enfance : il me dit n'en garder que peu de bons souvenirs, se sentant toujours « décalé des autres » dans sa classe ou rabaissé par ses parents au profit de son frère bien meilleur que lui en classe. Il a « essayé » de nombreux sports avec une préférence pour ceux demandant une forte dépense énergétique : foot, karaté, tennis mais n'en a poursuivi aucun.

Ses parents l'ont toujours décrit comme un petit garçon agité, ses professeurs comme un élève capable mais gâchant ses possibilités dans de continuelles distractions.

J'invite donc les parents à me rencontrer et leur demande de me parler de leur fils : ils confirment effectivement que leur benjamin a toujours été un enfant qui dès tout petit ne tenait pas en place, était « difficile ». « Il a fait, disent-ils, les quatre-cent coups et les a pris également », Maxime s'étant régulièrement blessé lors de ses pirouettes et autres jongleries improvisées. Les premières années de scolarisation ont été prometteuses puisque Maxime était un enfant intelligent, apprenant vite à lire et à compter, mais son côté « tête en l'air » l'a empêché de faire partie des meilleurs de sa classe. Trop bavard et dissipé, il était souvent puni. D'années en années, leur fils s'est démotivé et s'est totalement désinvesti de l'école.

Parallèlement à cela, il faisait preuve de beaucoup de curiosité et d'une grande inventivité à la maison.

Il est devenu difficile vers l'âge de 15 ans, refusant leur autorité et testant toute nouvelle expérience. Ils ont l'impression qu'il leur échappe depuis cette époque et ne cessent de s'inquiéter depuis lors, appréhendant chaque nouvelle frasque de leur fils.

Le père me confie que l'un de ses frères était pareil dans sa jeunesse. Il ne sait pas ce qu'il est devenu depuis: « je l'ai perdu de vue après son premier séjour en prison ».

Au cours de l'hospitalisation, Maxime se présente de plus en plus instable. Alors que le switch SUBUTEX/METHADONE s'est déroulé sans problème majeur, nous découvrons, au fil des jours, une grande irritabilité chez ce patient. Il montre une grande intolérance à la frustration vis-à-vis du règlement intérieur du service (horaires de sortie, déroulement des repas) et s'emporte avec certains patients difficiles, entrant dans des moments de fureur extrême. Lors d'un énième recadrage, il demande à abrégé son hospitalisation car il ne supporte plus cette oisiveté et « de toute façon, a fait le tour de la question ».

Il regagne son domicile avec reprise d'un suivi CMP.

Lors des rencontres suivantes, Maxime semble tout d'abord apaisé et stabilisé cliniquement. Il ne consomme plus aucun toxique, les doses de Méthadone sont progressivement diminuées. Il parle de projets plus conformes aux attentes de sa famille : reprendre des études ou une formation et s'installer dans une vie plus sédentaire. Ses relations avec ses parents se sont grandement améliorées : « j'ai compris que je devais être moi-même et aller vers eux en leur expliquant mes choix de vie. » Il reste cependant toujours en arrêt de travail, renouvelé par son médecin généraliste.

Chaque jour, Maxime remet au lendemain son projet de contacter le CIO (Centre d'Information et d'Orientation), car ne se sentant pas prêt, ayant gardé une mauvaise

impression de son contact avec cet organisme à ses 16 ans ou ayant toujours autre chose à faire de plus important !

Il m'avoue que depuis quelque temps il participe le weekend à des rave-party, où il a découvert des gens avec qui il forme un groupe qui se comprend parfaitement ; il boit et prend des amphétamines pour « atteindre un autre niveau de conscience » et pour tenir la nuit sur des rythmes très binaires où « il n'y a plus besoin de se parler pour ressentir tous les mêmes choses au même moment ».

Il m'explique que depuis qu'il a commencé cette expérience, il se sent plus serein la semaine.

Devant les nombreux arguments en faveur d'un TDAH non diagnostiqué de l'enfance et persistant à l'âge adulte (instabilité et hyperactivité très jeune, inattention, difficultés à réussir malgré de bonnes capacités intellectuelles ayant entraîné une nette dévalorisation, procrastination à l'âge adulte, impulsivité et colères, besoin sans cesse de nouveauté et de mouvements, abus de toxiques, amélioration relative des signes sous amphétamines?), nous décidons un traitement d'épreuve par RITALINE 10 mg 2x/j progressivement augmentée jusqu'à 30 mg deux fois par jour, dose à laquelle les résultats semblent les plus spectaculaires:

Maxime n'est plus du tout en conflit avec sa famille, il a débuté des études par correspondance afin d'être éducateur tout en poursuivant son travail d'employé fast-food, il se sent « plus apaisé que jamais ». Il a retrouvé une nouvelle petite amie et parle à nouveau de s'installer avec elle dans son propre appartement. Il a remplacé les rave-party par la reprise du karaté arrêté dans sa jeunesse. Il rêve toujours de voyages dans le monde, à la recherche d'une confrontation ... aux autres cultures.

2. Vignette n°2 : Mme D. la « speedée » malheureuse:

Madame D. vient consulter au Centre Médico-Psychologique à la demande de l'infirmière de psychiatrie de liaison qui l'a rencontrée au Service des Urgences une semaine plus tôt.

Souffrant d'un diabète de type 1, elle a tenté de mettre fin à ses jours en s'injectant une forte dose d'insuline lors d'une de ses prises pluriquotidiennes. « Ça m'est venu comme ça, en une seconde ! ».

Dans le bureau médical, j'ai face à moi une femme énergique, très loquace pour ne pas dire logorrhéique. Elle passe d'un sujet à l'autre sans aucune transition et ne cesse de me couper la parole pour ajouter encore quelque chose.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, mariée, 2 garçons de 7 et 2 ans. Elle est employée de mairie depuis déjà 15 ans. Elle est également animatrice de cardiofitness de manière bénévole dans un centre de fitness depuis plusieurs années.

Depuis environ un an, elle a une nouvelle supérieure hiérarchique avec qui les relations sont très difficiles. Elle était déjà auparavant peu appréciée de ses collègues car arrivant très souvent en retard, manquant d'organisation dans de nombreuses tâches et laissant toujours derrière elle un fouillis inqualifiable de paperasses.

Mais depuis l'arrivée de sa « nouvelle chef », elle se sent dévalorisée et discréditée en permanence. « Elle est sans cesse sur mon dos à me dire que rien ne va, je me sens comme une nulle ».

C'est un soir de « blues » en repensant aux propos de sa supérieure qu'elle a impulsivement décidé d'en finir. Elle critique peu ce geste, le banalise même comme si « elle était déjà passée à autre chose ». Elle ne semble pas mesurer l'importance ou les conséquences de sa tentative de suicide. Depuis cet acte, elle est en arrêt maladie et entreprend déjà des démarches pour mettre en place un arrêt maladie

longue durée car elle ne se voit pas reprendre le travail dans de telles conditions. « Cela me rappelle ma jeunesse, quand les instituteurs et les professeurs disaient que je n'arriverai à rien et me rabaissaient sans cesse ».

Elle continue cependant à dispenser des cours de cardiofitness et ce malgré le mécontentement des collègues de mairie qui ne comprennent pas qu'elle poursuive cette activité alors qu'elle ne travaille plus.

« Le cardio, c'est une nécessité pour moi, j'en ai besoin pour me dépenser et je sais que je suis bonne dans ce domaine, ça me redonne de l'importance ».

Un traitement par antidépresseur et anxiolytique a été mis en place par son médecin généraliste (EFFEXOR LP 75mg : 2 cp le matin et XANAX 0,5mg : 3/j). Je le laisse en place et poursuit les entretiens au cours des semaines suivantes.

Selon les jours, je découvre une Madame D. pleine de vie et de projets, en colère contre sa famille ou ses collègues de travail, la mine défaite et le moral au plus bas. En à peine trois mois, elle passe le concours d'entrée dans la police (préparé en dix jours) et le manque d'un point, entreprend de monter un projet de crèche dans son village pour en devenir la « directrice », parle de passer une formation pour devenir animatrice professionnelle de cardiofitness et envisage de faire des études dans le domaine esthétique car « on ne sait jamais, ça pourrait servir ». Tant de voies possibles pour une reconversion, à peine entamées et sitôt remplacées par d'autres.

Je l'interroge sur son enfance : petite fille, elle était un vrai garçon manqué, sans cesse en train de grimper aux arbres et de jouer à des jeux dangereux. A l'école, elle a suivi un parcours très moyen, souvent peu attentive et dans la lune en classe. Elle reste particulièrement marquée par les remarques négatives de ses professeurs qu'elle garde comme autant de blessures narcissiques. « Ma mère me disait récemment qu'elle me retrouvait à travers mon fils de 2 ans, il paraît qu'il est exactement comme moi à son âge ».

Renseignements pris, Hugo, 2 ans, ne tient pas en place, escalade les meubles et pique des colères épiques. Il joue souvent à plusieurs jeux à la fois, en délaissant un

pour se consacrer à un autre dans la minute. Il semble très éveillé et fait preuve d'imagination dans les mises en scène avec ses jouets.

Au niveau familial, Madame D. semble sans cesse sur la brèche. Certaines fois, elle apporte un soutien inconditionnel à son mari en pleine création de son auto-entreprise, s'investissant parfois bien plus que son conjoint ! Lors d'autres séances, elle parle d'un ultimatum qu'elle lui aurait fixé s'il ne s'investit pas plus et de son désir de le quitter. Son mari, rencontré lors de deux entretiens, lui reproche également son manque de constance, ses sautes d'humeur et sa désorganisation flagrante à entretenir leur intérieur « malgré » son arrêt de travail. Il se dit épuisé par sa vie de couple.

Les enfants et notamment Hugo sont ballottés entre le domicile où Madame D. et son mari vont, selon leur disponibilité (souvent réduite), s'en occuper et le domicile de la grand-mère maternelle qui ne semble pas dérangée par la situation, habituée à gérer « les petits monstres turbulents » comme elle aime à le rappeler à sa fille.

Après trois mois d'entretiens, il n'est plus noté de syndrome dépressif franc même si une certaine labilité de l'humeur persiste. Madame D. critique bien son passage à l'acte et exprime le fait qu'elle ne compte pas récidiver. Elle reste tout de même irritable et très désorganisée.

Après passage du test de la WURS adulte, elle obtient « diagnostic probable ».

Nous décidons la mise en route d'un traitement par RITALINE, tout d'abord RITALINE simple matin et midi afin de « tester » sa réponse à un tel traitement.

Après quinze jours, elle m'apparaît plus souriante, maquillée et habillée avec soin. Elle explique qu'elle a l'impression qu'un réel changement s'opère.

« Avant-hier, mon d'ordinateur a buggé alors que je travaillais dessus. En tant normal je l'aurais probablement mis par terre ou jeté à l'autre bout de la pièce comme il m'est déjà arrivé par le passé. Cette fois-ci je l'ai simplement éteint et suis allée faire autre chose. Et c'est comme ça pour tout ! ».

Elle s'occupe mieux de son intérieur et adopte quelques stratégies d'organisation que son infirmière référente et moi lui soufflons lors de nos entretiens. Elle met en pause ses multiples projets professionnels et décide de régler une bonne fois pour toute sa situation d'arrêt maladie longue durée à la mairie. L'humeur semble plus stable d'un entretien à l'autre. Elle a cependant toujours besoin le soir de se dépenser en donnant les cours de cardiofitness.

Malheureusement, quatre mois plus tard, nous constatons une nouvelle dégradation de son quotidien. A nouveau plus impatiente, plus agitée en entretien, elle repart dans de nouveaux « projets coups de tête » comme revendre la maison et tenter d'ouvrir un gîte rural dans le sud de la France. Les propos redeviennent plus inquiétants. « Si ça ne marche pas, cela montrera bien que je ne suis plus bonne à rien, et je n'aurai qu'à en finir ».

Après avoir longuement discuté, elle avoue ne plus prendre son traitement par RITALINE depuis un mois et demi : « j'oubliais souvent le matin ou la prise de midi, alors à quoi bon ? ».

Nous convenons alors de l'utilité du traitement et elle promet de redevenir plus assidue dans ses prises. Nous changeons de molécule pour RITALINE LP afin de diminuer le nombre de prise dans la journée, lui facilitant ainsi une bonne observance du traitement. Son mari lui propose d'ailleurs de lui « préparer » chaque matin son traitement au petit déjeuner.

La situation se restabilise bien vite. Actuellement, elle est en pleine négociation avec son employeur afin de bénéficier d'un stage de reconversion vers la profession d'aide-soignante. « J'ai envie d'aider les autres ». La vie familiale est un peu plus apaisée, ce que nous confirme le mari venu à un nouvel entretien. Madame D. soutient toujours en parallèle l'auto-entreprise de son mari en allant au contact de multiples professionnels et particuliers pour lui faire de la publicité. Elle est rassurée par l'évolution de la situation et confiante pour l'avenir. Son fils Hugo, 3 ans, vient de rencontrer un pédopsychiatre qui évalue encore un éventuel diagnostic de TDAH.

3. Vignette n°3 : le Fabrice, le pas guéri:

Fabrice est un jeune homme de 21 ans qui est adressé au Centre Hospitalier via le Service des Urgences du Centre Hospitalier Régional pour troubles du comportement à domicile avec agressivité envers sa mère.

Lors de son accueil, nous retrouvons un patient anxieux, à la limite de la sidération. Il ne comprend pas vraiment les événements l'ayant conduit à cette hospitalisation et critique dès les premiers instants son attitude hostile envers sa mère quelques heures plus tôt.

« Je ne comprends pas ce qui m'a pris. J'étais mal, j'ai vu rouge et d'un coup je ne me suis plus contrôlé. C'était idiot... ».

Très vite, il nous explique que tout se passe à nouveau « comme quand il était petit ». En effet, il est noté dans ses antécédents un trouble déficit de l'attention/hyperactivité diagnostiqué à l'âge de 9 ans et pour lequel il a longtemps été suivi et traité par RITALINE.

La prise en charge avait pris fin à ses 17 ans lorsqu'il a souhaité rejoindre le corps de l'armée. « Pour pouvoir être engagé, il ne fallait pas prendre de traitement alors comme j'avais 17 ans, on a décidé avec le médecin que je pouvais tout arrêter... ».

Dès son plus jeune âge, Fabrice manifestait une grande agitation et une vive opposition à ses parents et aux adultes en général. Il se mettait régulièrement dans d'importantes colères où il cassait tout dans sa chambre et où parfois il distribuait coups de pieds et coups de poings à ses deux frères et sa sœur plus âgés mais aussi à sa mère !

Suivi dès ses 7 ans en pédopsychiatrie, il avait finalement été diagnostiqué hyperactif à 9 ans et mis sous traitement par RITALINE. L'amélioration s'était surtout observée sur son agressivité et ses crises de rage. Quoiqu'abrasée, l'agitation avait persisté et l'handicapait grandement dans son parcours scolaire. C'est pourquoi à 17

ans, très physique, amateur de sensations fortes et de danger mais à la recherche d'un métier tout de même cadrant et contenant, il s'était naturellement tourné vers une éventuelle carrière militaire. Il avait alors exposé ses projets au pédopsychiatre qui le suivait depuis quelques années qui avait alors décidé de stopper le traitement, lui expliquant que de toute façon, au vu de son âge, le trouble allait disparaître.

Enrôlé dans l'armée de terre quelques mois plus tard, le patient avait rapidement posé des difficultés de discipline qui l'avaient conduit plusieurs fois en cellule puis devant une commission disciplinaire qui mit fin à son contrat au bout d'un an et demi. Rejeté par l'armée, il avait regagné le domicile familial où il tentait depuis déjà deux ans de vivre de petits emplois en intérim puisque sans diplôme ni formation particulière.

Son père ne cesse de l'humilier en le traitant de bon à rien et de «tête vide comme un caillou ».

Interrogé sur une éventuelle consommation de toxiques, Fabrice admet essayer un peu tout depuis son retour de l'armée, histoire de rechercher des sensations. Il consomme régulièrement du cannabis et occasionnellement de l'héroïne en sniff. Depuis déjà six mois, il s'enferme dans sa chambre, se sent plus irritable et s'énerve facilement lorsque sa mère vient, inquiète, le déranger.

Une tentative de prise de contact avec le Centre Médico-Psychologique avait avorté quatre mois plus tôt. Son père l'y avait accompagné mais au moment de la prise d'un rendez-vous, celui-ci avait exprimé le fait que tout cela était inutile puisque rien ne pourrait changer son fils fainéant à la tête comme un caillou. Cela avait alors découragé le patient de poursuivre sur cette voie et la situation avait continué à se dégrader jusqu'à la crise clastique l'ayant mené aux urgences.

L'hospitalisation a été l'occasion de remettre en place un traitement par RITALINE et d'effectuer un sevrage aux toxiques. Durant ce séjour de rupture, un travail familial a été entamé mais le père a refusé toute rencontre et la mère n'a su qu'exprimer désarroi et peur. Des informations données sur la pathologie et une médiation dans

la communication entre mère et fils a permis de partiellement renouer des liens, malheureusement très fragiles.

Les parents refusant tout retour à domicile de leur fils, celui-ci a intégré un foyer social et a débuté une formation espaces verts. Tout de même encore peu optimiste sur ses capacités et l'avenir qui en découlera, le patient est désormais suivi très régulièrement par une infirmière et un médecin en Centre Médico-Psychologique. Il souffre manifestement d'un syndrome dépressif et reste très anxieux au quotidien avec un besoin de bouger toujours très présent. La colère et l'irritabilité ont cependant disparu.

Le chemin à parcourir vers l'épanouissement tant souhaité reste encore long pour Fabrice.

4. Vignette n°4 : Mme B. la bipolaire:

Madame B., âgée de 53 ans, est suivie depuis déjà 22 ans pour troubles bipolaires. Elle a déjà bénéficié de 24 hospitalisations jusqu'à ce jour.

Depuis la naissance de sa seconde fille, se succèdent états maniaques francs et phases de rémission avec état euthymique tout relatif puisque dans ces moments, Madame B. conserve toujours une certaine agitation et une exaltation modérée à toute épreuve. Quelques épisodes dépressifs ont également émaillé son parcours mais ils restent très anecdotiques.

Elle n'est pas mariée, aucun homme ne réussissant bien longtemps à tolérer son caractère exubérant. Elle a cependant deux filles de 25 ans et 33 ans, de deux pères différents, sans antécédents particuliers retrouvés, si ce n'est que depuis quelques temps déjà l'aînée est connue du service où est régulièrement hospitalisée sa mère car « abusant » facilement de la naïveté et des biens de celle-ci.

Elle est d'ailleurs sous mesure de protection des biens par curatelle puisque même lors des périodes d'euthymie, la patiente est totalement incapable de gérer son budget et d'organiser précisément son quotidien.

Lors d'une énième hospitalisation et alors que les phases maniaques se rapprochent dans le temps et se font plus intenses avec apparition d'éléments psychotiques, une synthèse est réalisée et reprend son parcours de vie et l'histoire de la maladie à la recherche d'un trouble sous-jacent au trouble bipolaire et aggravant l'évolution du quotidien de Madame B.

Certains éléments tels qu'une instabilité psychomotrice chronique depuis son plus jeune âge, des troubles du sommeil depuis son enfance et des troubles organisationnels dès son entrée dans la vie adulte évoquent un TDAH. Cette impression est renforcée par le fait qu'il n'existe pas de réel retour à un état euthymique entre deux décompensations ; peut-être le signe d'une hyperactivité masquée lors des phases maniaques ?

Il est décidé d'un traitement d'épreuve par RITALINE chez cette patiente. Les résultats sont rapidement spectaculaires en quelques semaines. Toute la symptomatologie se stabilise et nous retrouvons une patiente posée et sensée.

Devant cette amélioration, elle regagne son domicile où l'évolution continue à être très favorable : elle perd du poids et met en place de meilleures stratégies d'adaptation du quotidien. Elle gère mieux son budget en collaboration avec sa curatrice et tient bien mieux son intérieur.

Ces deux dernières années, son état n'a nécessité qu'une seule hospitalisation suite à un arrêt intempestif du traitement.

La majorité du temps, Madame B. bénéficie désormais d'une vie relativement équilibrée.

5. Vignette n°5 : Mr T. l'épanoui, quoique

Monsieur T, 39 ans, vient consulter au Centre Médico-Psychologique, après la découverte chez sa fille de 7 ans d'un TDAH. Il lui a été suggéré de venir prendre contact avec « la psychiatrie adulte » par le pédopsychiatre car, étant jeune, il présentait la même symptomatologie que sa fille.

Lors du premier entretien, je retrouve une personne enjouée, agréable de contact, d'une grande intelligence manifeste.

Il est ingénieur dans un grand groupe automobile depuis 12 ans déjà, marié depuis 19 ans et a une unique fille, Manon.

Enfant, il se décrit comme une personne toujours pleine de vie, curieuse de toute chose et entreprenant sans cesse de multiples jeux mais pas de jeux de société où il s'ennuyait grandement.

A l'école, il se présentait bavard et étourdi sans être pour autant turbulent ni même mauvais élève. Sa scolarité se déroule normalement jusqu'à ses 18 ans même si ses professeurs lui trouvent un manque de constance dans les résultats. Il est très doué en mathématiques mais bien moins dans les matières littéraires. Après son baccalauréat, il part faire son service militaire dans la marine dans le sud de la France. Quelques conflits avec la hiérarchie lui valent des sanctions mais il dit que globalement cela a été une période agréable de sa vie car il a pu voyager et voir du pays.

Il intègre ensuite Math Sup puis Math Spé. Des années très difficiles à ses dires car il n'a cessé de travailler dans l'urgence et de douter de lui. Malgré son envie de poursuivre vers une Grande Ecole, il finit par rejoindre une école d'ingénieur plus modeste. Encore aujourd'hui, il se plaint d'une insatisfaction dans son épanouissement professionnel et ce malgré une réussite évidente.

Il est apprécié de ses collègues au travail et fait partie des recrues les plus inventives et prolifiques. Il dira d'ailleurs à ce sujet qu'il a régulièrement des éclairs de génie à

son travail. Il délègue cependant facilement aux autres membres de son équipe lorsque le plus gros de son travail est achevé, ne supportant pas de peaufiner les détails. Il décroche vite dans les conversations professionnelles ou les réunions de staff ou de présentation.

Il a connu par le passé, et notamment au cours de ses années de vie étudiante, des périodes de démotivation avec oscillation de l'humeur mais jamais rien qui n'ait duré plus de quelques semaines ou qui ait nécessité un traitement.

Au niveau des loisirs, Monsieur T. pratique le ski en hiver et le parapente en été. Il s'est d'ailleurs déjà cassé une jambe en parapente en prenant de trop grands risques lors d'un atterrissage. Il est également passionné de modélisme mais « travaille » sur plusieurs modèles réduits en même temps sans que jamais aucun ne soit opérationnel.

Sa vie de couple reste compliquée, sa femme lui reprochant souvent de ne pas partager assez de choses en famille. Même les repas lui sont difficiles, le patient préférant manger sur le pouce entre deux activités que de s'installer à table avec femme et enfant. Il laisse également à sa compagne le soin de gérer maison et finances ; ce qu'elle lui reproche de plus en plus souvent épuisée à la tâche, d'autant que Monsieur T. s'avoue « bordélique ». A l'occasion de leurs disputes, il est d'un naturel très colérique et il n'est pas rare qu'il casse ce qui lui tombe sous la main pour ensuite très vite se calmer et s'excuser.

Il a régulièrement de petits accrochages relativement mineurs en conduisant et n'ose compter ses points car ayant déjà récolté de nombreux procès verbaux pour excès de vitesse ou de stops dépassés sans s'arrêter car non vus.

Lors du remplissage du questionnaire WURS pour adulte, les résultats concordent avec un trouble hyperactif probable.

Malgré la réussite réelle de Monsieur T. au niveau professionnel, il est évident qu'il souffre de désordres invalidants dans sa vie personnelle et familiale.

Un traitement par RITALINE est mis en place afin d'améliorer les symptômes d'impulsivité et d'inattention du patient tout d'abord par RITALINE simple puis par CONCERTA LP. Parallèlement à la chimiothérapie, un travail de thérapie de couple est entamé avec une infirmière du Centre Médico-Psychologique afin de désamorcer les conflits se faisant plus fréquents et d'expliquer à son épouse le caractère involontaire de certaines attitudes de Monsieur T.

Monsieur T. se dit actuellement plus apaisé intérieurement et participe un peu plus à l'organisation familiale. Il arrive désormais à prendre un repas attablé avec sa famille. Il parle même de meilleures performances en équipe à son travail. Le suivi se poursuit.

CONCLUSION

Longtemps estimé être un trouble de l'enfance uniquement, le TDAH peut persister...et en effet persiste à l'âge adulte chez un nombre substantiel de sujets.

Combien de patients hyperactifs croisons-nous parmi ces malades en errance de diagnostic et combien ne croisons-nous même pas ?

A une époque où la mode est à tenter de cibler de plus en plus tôt le trouble chez le tout petit enfant, ne faudrait-il pas « faire le grand écart » et apprendre à reconnaître le masque qu'adopte le TDAH au passage à la vie adulte ?

Bien souvent mal diagnostiquée dans les jeunes années de vie, étouffée par les divers troubles comorbides qui prennent le devant de la scène, l'hyperactivité n'en reste pas moins, dans tous les cas, génératrice d'une souffrance psychologique notable.

Ce qui semble caractériser le syndrome dans son évolution chez l'adulte, est son extrême diversité de présentation.

Une proportion minoritaire des patients évoluent vers une personnalité antisociale mais celle-ci va trop fréquemment poser une réelle problématique sociale : abus de substances et actes médico-légaux entraînant une incarcération ne pourront être résolus de manière « classique » si nous ne reconnaissons pas le syndrome qui les a menés jusque-là. De même, les troubles anxieux et thymiques touchent un pourcentage encore mal défini des patients souffrant de TDAH et méritent d'être plus longuement explorés afin de savoir réagir et s'adapter à cette souffrance.

La majorité des patients présente en tout cas une véritable psychopathologie de la vie quotidienne : difficultés dans leur cursus scolaire puis difficultés à se hisser à un niveau professionnel satisfaisant, troubles de l'organisation quotidienne, difficultés sociales et familiales, vie personnelle chaotique et risques particuliers d'accidents.

Heureusement, les adultes hyperactifs savent-ils parfois dépasser leur handicap et le sublimer en faisant preuve de qualités remarquables : originalité, dynamisme, inventivité, sensibilité à la souffrance d'autrui. Il ne faut pas gaspiller ces talents.

Nous nous devons également d'étudier ces réussites afin de développer des stratégies d'adaptation plus efficaces pour les hyperactifs en difficulté et pour pouvoir proposer aux enfants diagnostiqués hyperactifs des trajectoires de vie meilleures pour leur développement. Ils nous prouvent bien que le TDAH ne rend pas son porteur déficient mais bien différent. Une différence dans la façon de porter attention au monde qui nous entoure et qui ne cadre pas toujours facilement avec le style de vie propre à notre culture.

Compte tenu de la complexité diagnostique de ce trouble et de son impact sur le développement et le fonctionnement de l'individu, des ressources adéquates devraient être mises en place afin de répondre aux besoins grandissant des personnes vivant avec cette problématique.

Il existe actuellement moins de 15 centres de diagnostic de TDAH en France pour environ 200 000 enfants atteints. 6 à 12 mois d'attente sont nécessaires pour obtenir un rendez-vous... Pour les adultes, il n'a été mis sur pied que 2 services hospitaliers avec consultations spécialisées et quelques rares consultations hospitalières et privées.

Il nous reste à multiplier ces centres et à y abriter des moyens efficaces : équipe pluridisciplinaire avec psychiatres, neurologues, spécialistes des troubles addictifs et des troubles du sommeil, centre d'informations, centre de thérapies individuelles, familiales et de groupes proposant des Thérapies Cognitives et Comportementales, des techniques corporelles, coaching, guidance parentale et des psychothérapies classiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADLER L.A.
Clinical presentations of adults patients with ADHD
Journal of Clinical Psychiatry, 2004, n°65, pp.8-11.
2. ADLER L.A., KESSLER R.C., SPENCER T.
Adult ADHD Self-Report Scale-v-1.1 (ASRS-v1.1)
Symptom Checklist, 2003, New York, World Health Organisation.
3. ADRIAN V.
Hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent: Quel devenir?
Nervure, 2001, n°4, pp. 43-50.
4. AFSSAPS
Recommandations de l'agence européenne visant à limiter les risques liés à
l'administration de Ritaline ou d'autres médicaments contenant du
methylphénidate.
Janv.2009
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
DSM-III : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^{ème} éd.
(Version Internationale, Washington DC, 1980). Traduction française,
Paris : MASSON, 1980.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
DSM-III-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^{ème} éd.
Texte révisé (Version Internationale, Washington DC, 1987). Traduction
française, Paris : MASSON, 1987.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} éd.
(Version Internationale, Washington DC, 1995). Traduction française,
Paris : MASSON, 1996.

8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} éd. Texte révisé (Version Internationale, Washington DC, 2000). Traduction française, Paris : MASSON, 2003.
9. APPLGATE B., LAHEY B.B., HART E.L., BIEDERMAN J., HYND G.W., et al.
Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials.
Journal of the Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997, vol.36, n° 9, pp.1211-1221.
10. ARON A.R., DOWSON J.H., SAHAKIAN B.J., ROBBINS T.W.
Methylphenidate improves response inhibition in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder.
Biological Psychiatry, 2003, vol.54, n°12, pp.1465-1468.
11. AUBRON V., MICHEL G., PURPER-OUAKIL D., et al.
Les enjeux de l'évaluation du trouble déficitaire attentionnel avec hyperactivité : à propos de 2 cas d'enfants.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2007, n°55, pp.168-173.
12. BANGE F., MOUREN M.C.
Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte.
Paris : DUNOD, 2005, 268p.
13. BARKLEY R.A.
Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD.
Psychological Bulletin, 1997, vol.121, n°1, pp.65-94.

14. BARKLEY R.A., BIEDERMAN J.

Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder.

Journal of the Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997, vol.36, n° 9, pp.1204-1210.

15. BARKLEY R.A., MURPHY K.R.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook

New York: The Guilford Press, 1998, 108p.

16. BARKLEY R.A., FISCHER M., SMALLISH M.

The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder.

Journal of Abnormal Psychology, 2002, n°111, pp.279-289.

17. BARKLEY R.A., GUEVREMONT D.C., ANASTOPOULOS A.D.

Driving related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: a 3 to 5 year follow-up survey.

Pediatrics, 2003, n° 92, pp.212-218.

18. BARKLEY R.A.

ADHD and television exposure: correlation as cause

ADHD Report, 2004, n°12, pp.1-4.

19. BELLACK L.

The schizophrenic syndrome and attention deficit disorder: thesis, antithesis and synthesis?

American Psychologist, 1994, n°49, pp.25-29.

20. BERGER M.

L'enfant instable. Approche Clinique et thérapeutique.

Paris : DUNOD, 2005, 151p.

21. BERGER A., POSNER M.I.
Pathologies of brain attentional networks
Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2000, vol.24, n°1, pp.3-5.
22. BIEDERMAN J., FARAONE S.V., MICK E., SPENCER T., WILENS T., et al.
High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study
Am Journal of Psychiatry, 1995, vol.152, n°3, pp.431-435.
23. BIEDERMAN J., FARAONE S.V., MICK E., et al.
Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity?
Journal of the Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996, vol.35, pp.997-1008.
24. BIEDERMAN J., FARAONE S.V., MONUTEAUX M.C.
Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD
Am Journal of Psychiatry, 2002, vol.159, n°9, pp. 1556-1562.
25. BOUVARD M., LE HEUZEY M.F., MOUREN M.C.
L'hyperactivité : de l'enfance à l'âge adulte.
Rueil-Malmaison : DOIN, 2002, 179p.
26. BROWN T.E.
Brown attention deficit disorder scales
San Antonio, 1996, The psychological Corporation
27. BUSH G., FRAZIER J.A., RAUCH S.L., SEIDMAN L.J., et al.
Anterior cingulate cortex dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder revealed by fMRI and the Counting Stroop
Biological Psychiatry, 1999, vol.45, n°12, pp.1542-1552.

28. CHAGNON J.Y.

Hyperactifs ou hypopassifs? Hyperactivité infantile, agressions sexuelles à l'adolescence et nouveau malaise dans la civilisation.
Psychiatrie de l'enfant, 2005, n°1, pp.31-88.

29. CHAGNON J.Y.

Plaidoyer pour un abord psychopathologique de l'hyperactivité.
Perspectives psy, 2006, n°4, pp.331-338.

30. CHAMBRY J.

Trouble déficit de l'attention-hyperactivité de l'enfant et l'adolescent : du diagnostic à la prise en charge.
Annales médico-psychologiques, 2006, n°164, pp.613-619.

31. CHARFI F., COHEN D.

Trouble hyperactif avec déficit de l'attention et trouble bipolaire sont-ils liés ?
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2005, n°53, pp.121-127.

32. CLAUDON P.

Instabilité psychomotrice infantile et pathologie du lien.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2001, n°49, pp.200-210.

33. CLAUDON P.

La représentation de soi chez l'enfant instable. Etude clinique projective.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2003, n°51, pp.411-417.

34. COCORES J.A., DAVIES R.K., MUELLER P.S., GOLD M.S.

Cocaine abuse and adult attention deficit disorder.
Journal of Clinical Psychiatry, 1987, n°48, pp.376-377.

35. COMINGS D.E., BLUM K;

Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders.

Progress in Brain research, 2000, n°126, pp.325-341.

36. CONNERS C.K., ERHARDT D., SPARROW E.

Conners Adult ADHD Rating Scale, Technical Manual.
New York, 1999, Multi Health Systems.

37. COURTOIS R., CHAMPION M., LAMY C., BRECHON G ;

Hyperactivité chez l'enfant : réflexions sur les mécanismes
psychopathologiques sous-jacents.

Annales Médico-psychologiques, 2007, n°165, pp.420-427.

38. COX D.J., MERKEL R.L., KOVATCHEV B.

Effect of stimulant medication on driving performance of young adults with
attention-deficit hyperactivity disorder: a preliminary double-blind placebo
controlled trial.

Journal of Nervous and Mental Diseases, 2000, n°188, pp.230-234.

39. COX D.J., MERKEL R.L., PENBERTHY J.K.

Impact of methylphenidate delivery profiles on driving performance of
adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study.

Journal of the Am Ac Child Adolesc Psychiatry, 2004, n°43, pp.269-275.

40. COX D.J., HUMPHREY J.W., MERKEL R.L.

Controlled-release methylphenidate improves attention during on-road driving
by adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder.

The Journal of the American Board of Family Practice, 2004, n°17, pp.235-
239.

41. DELVENNE V.

De l'hyperactivité dans l'enfance à la dépressivité à l'adolescence.

Psychiatrie de l'Enfant, 2007, n°1, pp.81-96.

42. DOUGLAS V.I.

Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children.

Canadian Journal of Behavioural Science, 1972, n°4, pp.259-282.

43. DUBE R.

Hyperactivité et déficit de l'attention chez l'enfant.

Montréal : GAETAN MORIN, 1998, 182p.

44. DWAIN T. McCALLON

S'il a surmonté son TDA à l'adolescence, alors que fait-il dans ma prison ?

Focus Archives, Fall, 1998, The Newsletter of the ADDA.

<http://pel-anon.org/daa/prison.html>

45. ERNST M., HEISHMAN S.J., SPURGEON L.

Smoking history and nicotine effects on cognitive performance

Neuropsychopharmacology, 2001, n°25, pp.313-319.

46. FARAONE S.V., BIEDERMAN J., FEIGHNER J.A.

Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and in adults: which is more valid?

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000, n°68, pp.830-842.

47. FARAONE S.V., BIEDERMAN J., MICK E., et al.

Family study of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder.

Am Journal of Psychiatry, 2000, n°157, pp.1077-1083.

48. FARAONE S.V., DOYLE A.E., MICK E., BIEDERMAN J.

Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D4 receptor gene and attention deficit disorder.

Am Journal of Psychiatry, 2001, n°158, pp.1052-1057.

49. FARAONE S.V., SPENCER T., ALEARDI M.

Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder.

Journal of Clinical Psychopharmacology, 2004, n°24, pp.24-29.

50. FARAONE S.V., ANTSHEL K.M.

Diagnosing and treating attention-deficit/hyperactivity disorder in adults.
World Psychiatry, 2008, n°7, pp.131-136.

51. FISHER M., BARKLEY R.A., SMALLISH L.

Young adult follow-up of hyperactive children: self reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD.

Journal of Abnormal Child Psychology, 2002, n°31, p.563.

52. FONES C.S., POLLACK M.H., SUSSWEIN L., OTTO M.

History of childhood attention deficit hyperactivity disorder features among adults with panic disorder.

Journal of Affective Disorders, 2000, vol.58, n°2, pp.99-106.

53. FOURNERET P.

L'hyperactivité: histoire et actualité d'un symptôme.

In MENECHAL J. L'hyperactivité infantile, Paris : DUNOD, 2002.

54. FOURNERET P., BOUTIERE C., REVOL O.

Bref aperçu historique sur la notion d'hyperactivité infantile.

ANAE, 2004, n°79, pp.259-262.

55. GELLER B., ZIMMERMAN B., WILLIAMS M.

DSM-IV Mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit/hyperactive and normal controls.

J Child Adolesc Psychopharmacol, 2002, n°12, pp.1-25.

56. GETIN C.

Au-delà de l'enfant, au-delà de l'enfance : TDAH : le devenir à l'âge adulte.

Extrait : Table ronde à l'hôpital Necker, 2005.

57. GRAINDORGE C.

Hyperactivité de l'enfant : une approche psychopathologique.
Annales Médico-psychologiques, 2006, n°164, pp. 607-612.

58. GREEN C.S., BAVELIER D.

Action video game modifies visual selective attention.
Nature, 2003, n°423, pp.534-537.

59. HALLOWELL E.M., RATEY J.J.

Driven to distraction: recognizing and coping with attention deficit disorder
from childhood through adulthood.
New York: PANTHEON, 1994, 336p.

60. HAMDANI N., GORWOOD P.

Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires.
L'Encéphale, 2006, n°32, pp.519-525.

61. HAZELL P.L., CARR V., LEWIN T.J., SLY K.

Manic symptoms in young males with ADHD predict functioning but not
diagnosis after six years.
Journal of the Am Ac Child Adolesc Psychiatry, 2003, n°42, pp.552-560.

62. HERVEY A.S., EPSTEIN J.N., CURRY J.F.

Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-
analytic review.
Neuropsychology, 2004, n°18, pp. 485-503.

63. HILL J.C., SCHOENER E.P.

Age-dependant decline of attention deficit hyperactivity disorder.
Am Journal of Psychiatry, 1996, n°153, pp.1143-1146.

64. JAUNAY E., EVEN C., GUELFY J.D.
Trouble déficitaire attentionnel avec hyperactivité et trouble bipolaire. Une revue.
Annales Médico-psychologiques, 2003, n°161, pp.59-62.
65. JENSEN P.S., MRAZEK D., KNAPP P.K., STEINBERG L., et al.
Evolution and revolution in child psychiatry : ADHD as a disorder of adaptation.
Journal of the Am Ac Child Adolesc Psychiatry, 1997, n°36, pp.1672-1681.
66. KAHN R.S., KHOURY J., NICHOLS W.C., LANPHEAR B.P.
Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive-impulsive, inattentive, and oppositional behaviors.
Journal of Pediatrics, 2003, n°143, pp.104-110.
67. KANE R., MIKALAC C., BENJAMIN S.H.
Assessment and treatment of adults with ADHD.
In: BARKLEY R.A., Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment.
New York: THE GUILFORD PRESS, 2006, 770p.
68. KENT L., CRADDOCK N.
Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder?
J Affect Disord, 2003, n°73, pp. 211-221.
69. KERNBERG O.
Les troubles limites de la personnalité
Toulouse : PRIVAT, 1979.

70. KESSLER R.C.

Prevalence of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).

Présenté au congrès de l'American Psychiatric Association, 157th Annual Meeting, 2004, New York.

71. KHANTZIAN E.J.

The self-medication hypothesis of substance use disorder: a reconsideration and recent applications

Harvard Review of Psychiatry, 1997, n°4, pp.231-244.

72. KOLAR D., KELLER A., GOLFINOPOULOS M., CUMYN L;

Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder.

Neuropsychiatr Dis Treat, 2008, n°4, pp.389-403.

73. KONOFAL E., LECENDREUX M., ARNULF I., MOUREN M.C.

Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

Arch Pediatr Adolesc Med, 2004, vol.158, n°12, pp.113-1115.

74. LEBOVICI S., SADOUN R.

L'enregistrement du diagnostic au Centre de santé mentale Alfred-Binet.

Psychiatrie de l'enfant, 1968, n°2, pp.533-550.

75. LECENDREUX M., KONOFAL E., BOUVARD M., FALISSARD B., MOUREN M.C.

Sleep and alertness in children with ADHD.

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2000, vol.41, n°6, pp.803-812.

76. LECENDREUX M., KONOFAL E., TOUZIN M.

Réponses à vos questions sur l'hyperactivité

Paris : SOLAR, 2003.

77.LEVET G.

Les enfants instables : conditions nécessaires mais non suffisantes.

Psychopathologie de l'enfant instable, de sa famille et de leur culture.

L'Information psychiatrique, 2006, n°82, pp.731-736.

78.MANCINI C., VAN AMERINGEN M., OAKMAN J.M.

Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders.

Psychological Medicine, 1999, n°29, pp.515-525.

79.MANUZZA S., KLEIN R.G., BESSLER A.

Adult outcome of hyperactive boys. Educationnal achievement, occupational rank, and psychiatric status.

Archives of General Psychiatry, 1993, n°50, pp.565-576.

80.MANUZZA S., KLEIN R.G., BESSLER A.

Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up.

Am Journal of Psychiatry, 1998, n°155, pp.493-498.

81.MANUZZA S., KLEIN R.G.

Accuracy of adult recall of childhood attention deficit hyperactivity disorder.

Am Journal of Psychiatry, 2002, n°159, pp.1882-1888.

82.MARTIN-GUEHL C.

Epidemiologie du trouble hyperactivité, déficit de l'attention.

ANAE, 2004, n°79, pp.273-278.

83.McGOUGH J.J., BARKLEY R.A.

Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder.

Am Journal of Psychiatry, 2004, n°161, pp.1948-1956.

84. McGUFFIN P., OWEN M.J., O'DONOVAN M.C.
Seminars in Psychiatric genetics.
London: GASKELL, 1994, 121p.
85. McINTOSH D., KUTSHER S., BINDER C., LEVITT A.
Adult ADHD and Comorbid depression: a consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD.
Neuropsychiatr Dis Treat, 2009, n°5, pp.137-150.
86. MESSERSCHMITT P.
Quelle pratique actuelle entre dans les compétences médicales concernant le syndrome TDAH: une vision Clinique globale.
ANAE, 2004, n°79, pp.263-268.
87. MILLSTEIN R.B., WILENS T.E., BIEDERMAN J.
Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD.
Journal of Attention Disorder, 1997, n°2, pp.159-166.
88. MINDE K., EAKIN L., HECHTMAN L.
The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD
Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2003, n°44, pp.637-646.
89. MISES R., FORTINEAU J., JEAMMET P., LANG J.L., et al.
Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.
La psychiatrie de l'enfant, 1988, n°31, pp.68-134.
90. MISES R.
Préface in MENECHAL J. (sous la dir.) L'hyperactivité infantile
Paris :DUNOD, 2001, 314p.
91. MOUREN M.C., BANGE F.
L'hyperactivité avec déficit de l'attention : devenir chez l'adulte.
Ann Psychiatr, 2000, n°15, pp.184-189.

92. MOUREN M.C.

Aspects développementaux de l'hyperactivité chez l'enfant.
ANAE, 2004, n°79, pp.269-272.

93. MURPHY K.R., BARKLEY R.A.

Update adult norm for ADHD behavior checklist for adults.
ADHD Report, 1996, n°4, pp.12-16.

94. NADEAU K.G.

A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults: research,
diagnostic and treatment.
New York: BRUNNER/MAZZEL, 1995, 432p.

95. NADEAU K.G.

If your spouse has ADD-What it's like to be married to someone with ADD.
A.D.D. Reader, a collection of short, easy-to-read articles by nationally-
prominent authorities, 2002, 74p.

96. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du
comportement. CIM10/ICD10
Critères diagnostiques pour la recherche.
Paris : MASSON, 1994, 305p.

97. PEARL P.L., WEISS R.E., STEIN M.A.

Medical mimics: medical and neurological conditions stimulating ADHD.
In: WASSERSTEIN J. (éd.) Adult attention deficit disorder brain mechanisms
and life outcomes.
New York, Annals of the New York Academy of Sciences, 2001, vol.931.

98. PHILIPSEN A., HEBLINGER B., TEBARTZ VAN ELST L.

Attention deficit hyperactivité disorder in adulthood.
Deutsches Ärzteblatt International, 2008, n°105, pp.311-317.

99. PICHOT P.

Un siècle de psychiatrie.
Paris: SYNTHELABO, 1996, 255p.

100. PURPER OUAKIL D.

Génétique du trouble déficit attentionnel/hyperactivité.
ANAE, 2004, n°79, pp.288-290.

101. PURPER OUAKIL D., WOHL D., MOUREN M.C., GORWOOD P.

Variation de l'expression Clinique du trouble déficit attentionnel/hyperactivité:
rôle du contexte, du développement et de la comorbidité thymique.
L'Encéphale, 2004, n°36, pp.533-539.

102. PURPER OUAKIL D., FOURNERET P., WOHL M., RENERIC J.P.

L'atomoxétine: un nouveau traitement du trouble déficitaire de
l'attention/hyperactivité de l'enfant et de l'adolescent.
L'Encéphale, 2005, n°31, pp.337-348.

103. RASMUSSEN P., GILLBERG C.

Natural outcome for ADHD with developmental coordination disorder at age
22 years : a controlled longitudinal, community based study.
Journal of the Am Ac Child Adolesc Psychiatry, 2000, n°39, pp.1424-1431.

104. ROBIN A.L.

ADHD in adolescents: diagnosis and treatment.
New York: GUILFORD PRESS, 1998.

105. ROSE S.

Moving on from old dichotomies: beyond nature-nurture towards a lifeline
perspective.
British Journal of Psychiatry, 2001, Suppl.40, pp.3-7.

106. ROUNSAVILLE B.J.
Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers.
Archives of General Psychiatry, 1991, n°48, pp.43-51.
107. RUTTER M.
Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders.
British Journal of Psychiatry, 1985, n°147, pp.598-611.
108. SAFREN S.A., SPRICH S., CHULVICK S., OTTO M.W.
Psychosocial treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder.
Psychiatric Clinics of North America, 2004, n°27, pp349-360
109. SAIAG M.C., MOUREN M.C.
Hyperactivité de l'enfant.
Encycl Med Chir Pédiatrie, 1997, n°4, pp.92-101.
110. SAIAG M.C.
Approches familiales dans le trouble déficit de l'attention/hyperactivité.
ANAE, 2004, n°79, pp.291-294.
111. SCHWEITZER J.B., FABER T.L., GRAFTON S.T., TUNE L.E., et al.
Alterations in the functional anatomy of working memory in adult attention deficit hyperactivity disorder.
Am Journal of Psychiatry, 2000, n°157, pp.278-280.
112. SEEGER G., SCHLOSS P., SCHMIDT M.H., RUTER-JUNGFLEISCH A., et al.
Gene-environment interaction in hyperkinetic conduct disorder (HD+CD) as indicated by season of birth variations in dopamine receptor gene polymorphism.

Neuroscience letters, 2004, n°366, pp.282-286.

113. SEIDMAN L.J., VALERA E.M., BUSH G.
Brain function and structure in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder.
Psychiatric Clinics of North America, 2004, n°27, pp.323-347.
114. SEIDMAN L.J., DOYLE A., FRIED R., VALERA E., et al.
Neuropsychological function in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder.
Psychiatric Clinics of North America, 2004, n°27, pp.261-282.
115. SLAMA F.
ADHD et trouble bipolaire chez l'adulte.
L'Encéphale, 2006, n°32, pp.30-32.
116. SONUGA-BARKE E.J.
The dual pathway model of ADHD : an elaboration of neuro-developmental characteristics.
Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2003, n°27, pp.593-604.
117. SPENCER T., BIEDERMAN J., FARAONE S., MICK E., et al.
Impact of tic disorders on ADHD outcome across the life cycle: findings from a large group of adults with and without ADHD.
Am Journal of Psychiatry, 2001, vol.158, n°4, pp.611-617.
118. SPENCER T., BIEDERMAN J., WILENS T.
Nonstimulant treatment of adult ADHD
Psychiatric Clinics of North America, 2004, n°27, pp.373-383.
119. STEIN M.A., SANDOVAL R., SZUMOVSKY E.
Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale: reliability and factor structure for men and women.

Psychopharmacology Bulletin, 1995, n°31, pp.425-433.

120. STES S.

Déficit de l'attention/hyperactivité chez l'adulte. Qu'en est-il ?

Neurone, 2003, vol.8, n°5, pp.1-6.

121. SWANSON J.M., GUPTA S., LAM A.

Development of a new once-a-day formulation of methylphenidate for the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder : proof of product studies.

Archives of General Psychiatry, 2003, n°60, pp.204-211.

122. THAPAR A., FOWLER T., RICE F., SCOURFIELD J., et al.

Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring.

Am Journal of Psychiatry, 2003, vol.160, n°11, pp.1985-1989.

123. THOMAS J., WILLEMS G.

Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant. Approche neuro-cognitive.

Paris : MASSON, 2001, 244p.

124. TOUZIN M.

Hyperactivité et trouble des apprentissages.

ANAE, 2004, n°79, pp.279-280.

125. TURNER D.C., BLACKWELL A.D., DOWSON J.H. , McLEAN A., et al.

Neurocognitive effects of methylphenidate in adult deficit-attention/hyperactivity disorder.

Psychopharmacology, 2004, n°75.

126. TZELEPIS A., SCHUBINER H., WARBASSE L.H.

Differential diagnosis and psychiatric comorbidity patterns in adult attention deficit disorder

In: NADEAU K.G., A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults: research, diagnostic and treatment.
New York: BRUNNER/MAZZEL, 1995, 432p.

127. VOLKOW N.D., DING Y., FOWLER J.
Is methylphenidate like cocaine? Studies on their pharmacokinetics and distribution in the human brain.
Archives of General Psychiatry, 2003, n°160, pp.1909-1918.
128. VOLKOW N.D., SWANSON J.M.
Variables that affect the clinical use and abuse of methylphenidate in the treatment of ADHD.
Am Journal of Psychiatry, 2003, n°160, pp.1909-1918.
129. WAGNER M.L., WALTERS A.S., FISHER B.C.
Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with restless legs syndrome.
Sleep, 2004, n°27, pp.1499-1504.
130. WEISS G., HECHTMAN L., PERLMAN T., HOPKINS J., et al.
Hyperactives as young adults: a controlled prospective ten-years follow-up of 75 children.
Archives of General Psychiatry, 1979, n°36, pp.675-681.
131. WEISS G., HECHTMAN L., MILROY T.
Psychiatric status of hyperactive as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children.
Journal of the Am Ac Child Adolesc Psychiatry, 1985, n°24, pp.211-220.
132. WEISS L.
Le trouble de l'attention chez l'adulte: la souffrance intérieure.
<http://www.pel-anon.org/daa/souffrin.html>, 4p., traduction juin 2001, extrait de
WEISS L., Attention Deficit Disorder in Adults, TAYLOR PUB, 1997, 224p.

133. WEISS M., HECHTMAN L., WEISS G.
Adult hyperactives: a comprehensive guide to diagnosis and treatment.
Johns Hopkins University Press, 1999, 255p.
134. WEISS M., HECHTMAN L., WEISS G.
ADHD in parents
Journal of the Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2000, vol.39, pp.1059-1061.
135. WENDER P.H., REIMHERR F.W., WOOD DR.
Attention deficit disorder (minimal brain dysfunction) in adults: a replication
study of diagnosis and drug treatment.
Archives of General Psychiatry, 1981, n°38, pp.449-456.
136. WENDER P.H.
Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults
New York: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 1998, 304p.
137. WENDER P.H.
Phenomenology of adult ADHD.
The ADHD Report, 1996, n°4, pp.11-12.
138. WHOL M., PURPER-OUAKIL D., MOUREN M.C.
Méta-analyse des gènes candidats dans le trouble déficit attentionnel avec
hyperactivité.
L'Encéphale, 2005, vol.31, n°1, pp.437-444.
139. WHOL M., PURPER-OUAKIL D., BONI C., MOUREN M.C.
Etude d'association entre le trouble déficit attentionnel et hyperactivité et les
gènes du transporteur de dopamine et du transporteur de sérotonine.
Nervure, 2006, n°1, pp.15-16.
140. WILENS T.E., McDERMOTT S.P., BIEDERMAN J., ABRANTES A., et
al.

Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD: a systematic chart review of 26 cases.

Journal of Cognitive Psychotherapy, 2007, n°13, pp.215-227.

141. WILLOUGHBY M.T.

Developmental course of ADHD symptomatology during the transition from childhood to adolescence : a review with recommendations

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2003, n°44, pp.88-106.

ANNEXES

Annexe n°1

Trouble de l'attention/hyperactivité, selon DSM-IV

A- Au moins six de ces symptômes, sur l'inattention, l'hyperactivité ou l'impulsivité se produisent avant l'âge de 7 ans et persistent sur une durée minimale de 6 mois, à un degré qui correspond mal au développement de l'enfant:

L'inattention:

l'enfant

- a. souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- b. a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- c. semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- d. souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (sans égard au comportement d'opposition ni l'incapacité de comprendre les consignes)
- e. a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- f. souvent évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
- g. perd souvent les objets nécessaires à son travail ou ses activités (par exemple: jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
- h. souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes
- i. a des oublis fréquents dans la vie quotidienne :

L'hyperactivité:

l'enfant

- a. remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège
- b. se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il doit rester assis
- c. souvent court ou grimpe partout, dans des situations peu adéquates (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)
- d. a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- e. et souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts"
- f. parle souvent trop

L'impulsivité:

- g. laisse souvent échapper la réponse à une question non-complète
- h. a souvent du mal à attendre son tour
- i. interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple: fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B- NOTES:

1. Ne prendre le critère en considération qu'en raison de sa fréquence et intensité, en regard des enfants du même âge mental.

2. Les critères se classent par ordre décroissant d'importance, selon les données recueillies dans le cadre d'essais menés dans l'ensemble des États-Unis sur les critères du DSM III-R relatifs aux troubles du comportement.

3- Ces critères de comportement doivent s'observer à la fois dans le milieu familial et scolaire.(Ce critère reste aléatoire: un enfant introverti ou timide pourra exprimer davantage, sinon exclusivement son TDAH en milieu familial; un autre se stimule surtout avec les pairs du groupe ou en situation de contraintes. CJ)

Annexe n°2

Les critères pour la recherche du trouble hyperkinétique exigent la présence d'une inattention, d'une hyperactivité et d'une impulsivité qui sont envahissantes, persistantes et présentes dans plusieurs situations et qui ne sont pas dues à un autre trouble (par exemple, un autisme ou un trouble de l'humeur).

G1. Inattention

Au moins 6 des symptômes suivants d'inattention ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

1. ne parvient souvent pas à prêter attention aux détails, ou fait des «fautes d'inattention», dans les devoirs scolaires, le travail, ou d'autres activités
2. ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeux
3. ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit
4. ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou à finir ses devoirs, ses corvées, ou ses obligations sur le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions)
5. à souvent du mal à organiser des tâches ou des activités
6. évite souvent ou fait très à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, telles que les devoirs à faire à domicile
7. perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison (par exemple, crayons, livres, jouets, outils)
8. est souvent facilement distrait par des stimuli externes
9. fait des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes

G2. Hyperactivité

Au moins trois des symptômes suivant d'hyperactivité ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

1. agite souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise
2. se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis
3. court partout ou grimpe souvent, de façon excessive, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'agitation)
4. est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou du mal à participer en silence à des activités de loisir
5. fait preuve d'une activité motrice excessive, non influencée par le contexte social ou les consignes

G3. Impulsivité

Au moins un des symptômes suivant d'impulsivité a persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant

1. se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser
2. ne parvient souvent pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou dans d'autres situations de groupe
3. interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple, fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres)
4. parle souvent trop sans tenir compte des conventions sociales

G4. Le trouble survient avant l'âge de 7 ans

G5. Caractère envahissant du trouble. Les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, par exemple, l'association d'une inattention ou

d'une hyperactivité doit être présente à la fois à la maison et à l'école et dans une autre situation où les enfants font l'objet d'une observation,

par exemple un centre de soins (pour mettre en évidence la présence des critères dans plusieurs situations, on doit habituellement disposer d'informations

provenant de plusieurs sources ; il est peu probable, par exemple, que les parents puissent fournir des renseignements suffisants sur le

comportement de leur enfant à l'école)

G6. Les symptômes cités en G1-G3 sont l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative

G7. Ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement, d'un épisode maniaque (F30.-), d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux.

ANNEXE N° 3

Critères de Hallowell et Ratey pour le diagnostic du TDAH

A. Un trouble chronique où l'on trouve au moins 12 des points suivants :

- 1) Le sentiment de ne pouvoir exceller, de ne jamais rencontrer ses objectifs (sans égard aux efforts)
- 2) La difficulté d'organisation
- 3) La procrastination chronique ou la difficulté à commencer une tâche
- 4) Un grand nombre de projets simultanés, mais la difficulté à faire le suivi
- 5) Une tendance à faire des remarques sans considération de la nécessité ou du moment opportun
- 6) Une recherche constante de stimulations fortes
- 7) La tendance à s'ennuyer facilement
- 8) Une facilité à la distraction, une difficulté à focaliser son attention, une tendance à déconnecter ou à dériver au milieu d'une activité ou d'une conversation souvent associée à la capacité d'hyperfocalisation à certains
- 9) Une personne souvent créative, intuitive, très intelligente
- 10) La difficulté à respecter les procédures habituelles pour suivre ses propres procédures
- 11) Impatience et faible seuil de tolérance à la frustration
- 12) Impulsivité en paroles ou en actes
- 13) Tendance à s'inquiéter sans cesse, inutilement, à entrevoir quelques problèmes en alternance avec l'inattention ou la négligence des vrais dangers
- 14) une insécurité fondamentale, alternant avec le besoin de prendre de gros risques
- 15) Une humeur labile, dépressive, surtout lors d'une rupture relationnelle ou d'un quelconque projet
- 16) L'agitation
- 17) La tendance au comportement d'accoutumance
- 18) Les problèmes chronique d'estime de soi
- 19) Une mauvaise capacité d'introspection
- 20) Une histoire familiale du déficit d'attention, de la maladie maniaco-dépressive, de la dépression, de l'abus de drogue ou d'autres désordres de l'impulsion ou de l'humeur.

B. Une histoire infantile du déficit de l'attention où l'on retrouve tous les signes et symptômes (sans que le diagnostic soit formel).

C. Une situation qui ne s'explique pas par d'autres conditions médicales ou psychiatriques.

WENDER UTAH RATING SCALE (Version 25 items)

Nom : _____ Sexe : M F Date de naissance : ____ / ____ / 19____
 Date de passation : ____ / ____ / 20____

Enfant et/ou adolescent, j'étais (ou j'avais)	Pas du tout ou très légèrement	Légèrement	Modérément	Assez	Beaucoup
3. Des problèmes de concentration. J'étais facilement distrait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anxieux. Je me faisais du souci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nerveux. Je ne tenais pas en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Inattentif(ve), rêveur(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Facilement en colère, « soupe au lait »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Des éclats d'humeur, des accès de colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Des difficultés à me tenir aux choses, à mener mes projets jusqu'à la fin, à finir les choses commencées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Têtu(e), obstiné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Triste ou cafardeux(se), déprimé(e), malheureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Désobéissant(e) envers mes parents, rebelle, effronté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mauvaise opinion de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. D'humeur changeante avec des hauts et des bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. En colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impulsif(ve). J'agissais sans réfléchir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tendance à être immature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Culpabilisé(e), plein(e) de regrets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Je pouvais perdre le contrôle de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tendance à être ou à agir de façon irrationnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Impopulaire auprès des autres enfants. Je ne gardais pas longtemps mes amis ou je ne m'entendais pas avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Du mal à voir les choses du point de vue de quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Des ennuis avec les autorités, des ennuis à l'école, convoqué(e) par le directeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Dans l'ensemble un élève peu doué, apprenant lentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Des difficultés en mathématiques ou avec les chiffres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. En dessous de mon potentiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL=

Chaque item est coté de 0 à 4

Questionnaire de Brown- Trouble du déficit de l'attention chez l'adulte

La plupart des questions porteront leur intérêt sur les difficultés attentionnelles et l'estime de soi davantage que l'agitation motrice ou l'opposition, toutes deux plus fréquentes dans l'enfance, mais non toujours absentes chez l'adulte. CJ (commentaires du traducteur)

Nom.....
 date de naissance :.....âge.....

date :

Lire chaque description et donner un chiffre, à la valeur du comportement visé (impact sur la vie sociale, professionnelle, familiale), depuis les derniers 6 mois

Donnez une cote,

0-jamais; 1-une fois par semaine ou moins; 2-deux fois par semaine; 3-presque tous les jours

La personne:

cotation **0** **1** **2** **3**

1. écoute et veut porter attention (dans une réunion, une conférence ou une conversation) mais son esprit s'envole avec perte d'information pertinente	....	....	....	....
2. a une grande difficulté à commencer une tâche (comme un travail clérical ou le contact avec des gens)	....	....	....	....
3. se stresse ou se surmène par des tâches qui devraient être faciles à réaliser, «je ne peux pas faire cela maintenant, cela est beaucoup trop »	....	....	....	....
4. pense à des choses qui n'ont rien à voir avec ce qui vient d'être lu, tombe « dans la lune » involontairement et fréquemment, quand elle fait de la lecture	....	....	....	....
5. détourne son attention facilement, commence une tâche pour ensuite faire quelque chose de moins important	....	....	....	....
6. perd souvent le fil de sa lecture, doit relire le paragraphe; elle comprend les mots sans que rien ne reste de ce qu'elle vient de lire	....	....	....	....
7. oublie ce qu'elle a dit, fait ou entendu dans les dernières vingt-quatre heures	....	....	....	....
8. se souvient de quelques détails dans une lecture mais arrive mal à saisir l'idée principale	....	....	....	....
9. est facilement frustrée et excessivement impatiente	....	....	....	....
10. a l'impression de s'enliser dans l'exécution d'une tâche; elle n'arrive pas à établir les priorités, s'organiser puis débiter	....	....	....	....
11. procrastine (retarde) à l'excès ou n'arrête pas de remettre les choses en attente, « je les ferais demain, un peu plus tard»	....	....	....	....
12. s'endort ou se fatigue en journée, même après une bonne nuit de sommeil	....	....	....	....
13. se désorganise, perd vite de vue l'ensemble des projets, la notion de temps ou d'argent	....	....	....	....
14. ne peut compléter une tâche dans le temps défini et a besoin de prolonger pour finir de façon satisfaisante	....	....	....	....
15. a l'intention de faire quelque chose mais oublie (fermer des appareils, acheter quelque chose au magasin, retourner ses appels, ses rendez-vous, payer ses factures, faire une tâche assignée)	....	....	....	....

16. se fait souvent critiquer par les autres ou encore s'en veut elle-même d'être paresseuse	....	....	....	....
17. produit un travail qui n'est pas de qualité constante et la performance au travail reste assez variable; elle se relâche en l'absence de pression	....	....	....	...
18. est sensible aux critiques qu'elle ressent profondément pour longtemps et se place trop souvent en position défensive	....	....	....	...
19. a tendance à réagir ou débiter lentement: lente à bouger, répondre aux questions ou se préparer à faire quelque chose	....	....	....	...
20. devient irritable, a «la mèche courte » et des bouffées d'agressivité soudaine	....	....	....	....
21. est parfois trop rigide ou perfectionniste	....	....	....	....
22. se fait souvent reprocher de ne pas atteindre son potentiel au travail, « elle pourrait faire tellement mieux si seulement", "elle devrait essayer davantage ou travailler de façon plus constante »	....	....	....	....
23. se perd dans en rêves éveillés ou s'enferme dans ses propres pensées	....	....	....	....
24. a de la difficulté à exprimer sa colère de façon juste et convenable et ne peut s'affirmer suffisamment	....	....	....	....
25. épuise son énergie sans pouvoir poursuivre son l'effort qui s'évanouit rapidement	....	....	....	....
26. est facilement distraite par le bruit ou les activités environnantes; elle a besoin de vérifier ce qui se passe ailleurs	....	....	....	....
27. a de la difficulté au lever ou sortie du lit à commencer la journée	....	....	....	....
28. doit souvent effacer, déchirer sa feuille, recommencer ou corriger de petites erreurs, en écrivant	....	....	....	....
29. peut devenir triste, se décourager fréquemment, se déprimer	....	....	....	....
30. a tendance à rester seule, s'isoler parmi ses pairs, se replier sur elle-même. Elle est plutôt timide et évite de s'associer avec plusieurs amis du même âge	....	....	....	....
31. semble apathique ou peu motivée (les autres pensent qu'elle ne veut rien savoir de son travail)	....	....	....	....
32. fixe dans « le vague », comme absente mentalement	....	....	....	....
33. oublie des mots ou des lettres, en écrivant	....	....	....	....
34. se néglige dans les soins et les manières	....	....	....	....
35. oublie, perd les affaires les plus utiles, tels crayons, clés, factures, papiers, « je sais plus où elles ont, mais je ne peux pas les retrouver »	....	....	....	....
36. reçoit des reproches à ne pas écouter quand on lui parle	....	....	....	....
37. a besoin de rappels pour commencer ou continuer un travail qui doit se faire	....	....	....	....
38. a de la difficulté à mémoriser (nom, dates, informations au travail)	....	....	....	....
39. comprend mal des indications pour remplir un formulaire et faire un travail	....	....	....	....
40. commence une tâche (papier, corvée) mais ne la termine pas	....	....	....	....

Traduction libre, non autorisée, dans la lettre et l'esprit du texte original de Brown par Valentin Mbekou et Claude Jolicoeur, Montréal, 2003.

Annexe n°6

50 trucs de gestion du déficit d'attention de l'adulte

par Edward M. Hallowell, M.D. et John J. Ratey, 1992

1- Autocritique et Éducation

1. Soyez certain du diagnostic. Assurez-vous que vous travaillez avec un(e) professionnel(le) qui comprend vraiment le TDA/H et a éliminé des conditions similaires telles les états anxieux, la dépression agitée, l'hyperthyroïdie, la maladie maniaco-dépressive ou le trouble obsessionnel-compulsif.
2. Instruisez-vous vous-même. Peut-être qu'à un niveau individuel, le plus puissant traitement du TDA/H, c'est l'élaboration de votre propre traitement qui tient compte de votre propre TDA. Lisez des livres. Parlez aux professionnel(le)s. Parlez aux autres adultes qui ont le TDA/H. Vous serez capable de concevoir le traitement qui tient parfaitement compte de votre type de TDA/H.
3. L'entraînement. Il est utile que vous ayez un(e) entraîneur(e), l'un(e) de vos proches pour prendre soin de vous, mais toujours dans l'humour. Votre entraîneur(e) peut vous aider à vous organiser, à vous fixer sur une tâche, à vous donner des encouragements ou vous rappeler le retour au travail. Un(e) ami(e), un(e) collègue ou un(e) thérapeute —c'est possible, mais risqué de prendre le(la) conjoint(e) comme votre entraîneur(e), —un(e) entraîneur(e), c'est quelqu'un(e) qui reste près de vous pour vous amener à faire des choses, vous exhorte comme peut le faire un(e) entraîneur(e), garde un œil sur vous, et en général demeure dans le coin de l'arène. Un(e) entraîneur(e) peut devenir une aide indispensable, dans le traitement du TDA/H.
4. L'encouragement. Les adultes souffrant du TDA/H ont besoin de beaucoup d'encouragement. C'est en partie dû à leurs doutes personnels et multiples qu'ils ont accumulés au fil des années. Mais ça va bien au-delà. Davantage que la personne moyenne, le TDA/H adulte se démoralise sans encouragement et reprend vie et brille comme un Arbre de Noël quand on lui en donne. Ils travailleront souvent pour un(e) étranger(e) comme jamais pour eux-mêmes. Ce n'est pas "mauvais," c'est seulement comme ça. On doit le reconnaître et en tirer avantage.
5. Réalisez que le déficit d'attention n'est PAS un conflit avec la mère, etc.
6. Instruisez et impliquez les autres. Comme c'est capital pour vous de comprendre le TDA/H, ça l'est également sinon davantage pour ceux autour de vous de le comprendre- la famille, le travail, l'école, les ami(e)s. Une fois qu'ils assimilent cette compréhension, ils pourront vous comprendre beaucoup mieux et vous aider en même temps.

7. Cessez de vous culpabiliser sur le comportement à forte stimulation. Comprenez bien que les stimuli intenses vous entraînent. Essayez de les choisir sagement, plutôt que de ruminer le "mauvais" côté du problème.

8. Écoutez la réflexion de gens de confiance. Les adultes (et enfants aussi) en TDA/H sont notoirement de pauvres observateurs d'eux-mêmes. Ils utilisent beaucoup de ce qu'on peut nommer la dénégation.

9. Pensez joindre ou organiser un groupe de support. Une bonne partie de la meilleure information sur le TDA/H ne se retrouve pas toujours dans les livres mais demeure emmagasiner dans l'esprit de gens qui ont le TDA/H. Dans le groupe, cette information peut ressortir. De plus, les groupes servent vraiment en donnant le genre de support qui est tant nécessaire.

10. Essayez de vous débarrasser du négativisme qui a pu infester votre système si vous avez vécu des années sans savoir que vous aviez le TDA/H. Un bon psychothérapeute peut vous aider à cet égard.

11. Ne vous sentez pas enchaîné à des carrières ou façons conventionnelles de vous adapter. Donnez-vous l'autorisation d'être vous-même. N'essayez plus de devenir la personne qui vous avez pensé toujours devoir être - l'étudiant modèle ou le cadre supérieur bien organisé, par exemple - et laissez-vous devenir vous-même.

12. Souvenez-vous que ce que vous avez, c'est une condition neuropsychiatrique. Elle se transmet par la génétique. La biologie demeure la cause de cette condition, car c'est elle qui câble votre cerveau, à sa manière. Ce n'est PAS une maladie de la volonté, ni une défaillance morale. Il ne s'agit PAS d'une faiblesse du caractère, ni d'un manque de maturité. On ne pourra trouver le traitement dans le pouvoir de la volonté, ni dans la punition, ni dans le sacrifice, ni dans la douleur. **SOUVENEZ-VOUS TOUJOURS DE CELA.** Même s'ils le veulent, beaucoup de gens en TDA/H auront peine à croire que ce syndrome s'enracine dans la biologie et non la faiblesse de leur caractère.

13. Essayez d'aider les autres souffrant de TDA/H. Vous apprendrez beaucoup sur cette condition à travers cette activité, et aurez le plaisir de soutenir quelqu'un.

II. La gestion de la performance

14. La structure externe. La structure, c'est le pilier du traitement non-pharmacologique de l'enfant en TDA/H. Il peut être également utile pour les adultes. Ennuyeux à installer, une fois en place il fonctionne comme les murs d'un corridor de bobsleigh, gardant le traîneau-bolide à l'intérieur de la piste. Surtout, faites un usage fréquent d'aide-mémoire, en code-couleur, dans des fichiers faciles d'accès.

15. Le codage-couleur. Tel que mentionné ci-dessus, le codage-couleur favorise l'accentuation. Beaucoup de personnes en TDA/H s'orientent bien au plan visuel. Tirez avantage de cela, en rendant vos affaires inoubliables par l'usage de la couleur : dossiers, aide-mémoire, textes, programmes, etc. Virtuellement n'importe quoi, en noir et blanc, peut devenir plus facile à mémoriser, et finalement retenir l'attention par le moyen de la couleur.

16. Utilisez votre énergie. Dans la suite du #15, essayez de rendre votre entourage aussi enthousiaste que vous le souhaitez sans qu'il devienne trop effervescent.

17. Arrangez votre environnement en fonction de la récompense davantage que de l'humiliation. Pour comprendre ce qu'un environnement humiliant veut dire, tout ce que la plupart des gens en TDA/H-adulte auront besoin en fait, c'est de repenser à école. Maintenant que vous avez la liberté de l'âge adulte, essayez d'organiser vos affaires pour ne pas vous rappeler constamment vos limitations.

18. Reconnaissez et anticipez la chute inévitable de X% des relations ou projets entrepris, des obligations encourues.

19. Soulevez des défis. Les gens en TDA/H peuvent prospérer face à de nombreux défis. En autant que vous fassiez qu'ils n'échouent pas tous, que vous ne deveniez pas trop perfectionniste et méticuleux(se), vous allez obtenir pas mal de succès et rester en dehors des difficultés.

20. Donnez-vous des date-limite.

21. Divisez les grandes tâches en petites parties. Mettez des date-limite à ces parcelles d'activité. Alors, comme par magie, la grande tâche va se faire. C'est l'un des plus simples et plus puissants moyens de structuration. Souvent une grande tâche apparaît insurmontable à la personne en TDA/H. La simple pensée d'essayer une tâche vous en fait détourner. D'un autre côté, si la grande tâche se divise en petites parties, chaque composante peut sembler tout à fait faisable.

22. Créez des priorités. Évitez les remises à plus tard. Quand ça devient trop occupé, l'adulte en TDA/H perd la perspective : payer un billet de parking impayé peut devenir aussi urgent que d'éteindre le feu qui vient de prendre dans la corbeille à papier. Créez des priorités. Prenez une grande respiration. Mettez les premières choses en premier. Les remises à plus tard, c'est la grande marque de commerce des adultes en TDA/H. Vous devez vraiment vous discipliner, vous surveiller et éviter cela.

23. Apprenez à craindre les choses qui vont bien. Restez sur vos gardes quand c'est trop facile. N'amalgamer pas les situations pour les rendre plus stimulantes.

24. Prenez notes du comment et du lieu où vous travaillez le mieux : dans une pièce bruyante, dans un train, enveloppé dans trois couvertures, en écoutant la musique, n'importe quoi. Les enfants et les adultes en TDA/H peuvent fonctionner le mieux dans des conditions plutôt bizarres. Permettez-vous de travailler dans n'importe laquelle condition qui paraîtra la meilleure.

25. Sachez que c'est correct de faire deux choses à la fois : faire la conversation et tricoter, prendre une douche et réfléchir sérieusement ou jogger et planifier une réunion d'affaires. Souvent les gens du TDA/H ont besoin de faire plusieurs activités en même temps pour en terminer au moins l'une ou l'autre.

26. Travaillez dans ce que vous excellez. De nouveau, si ça paraît facile, c'est bien, car il n'y a pas de règles pour vous dire où les choses iront bien ou mal.

27. Laissez-vous du temps entre vos engagements pour réfléchir. Les transitions sont difficiles pour les gens en TDA/H, et les mini-détentes peuvent adoucir cette transition.

28. Conservez un bloc-notes dans votre voiture, près de votre lit, et dans la poche de votre veste. Vous ne savez jamais quand une bonne idée vous arrive, car sinon vous aurez vite oublié.

29. Lisez un stylo à la main, non seulement pour des notes de marge ou pour souligner, mais pour le flot inévitable des "autres" pensées qui vont survenir.

III. La Gestion de l'Humeur

30. Structurez vos moments de défolement. Réservez un peu de temps, chaque semaine, pour seulement vous laisser aller. Tout ce que vous aimez faire : vous étourdir avec une musique bruyante, faire une virée à la piste de course, organiser une fête ; choisissez un genre d'activités de temps à autre qui vous permettent de libérer vos énergies, de façon sécuritaire.

31. Rechargez vos batteries. En relation de #30, la plupart des adultes en TDA/H auront besoin, sur une base journalière, de gaspiller du temps, sans devoir se sentir coupable à ce propos. Une façon non culpabilisante de le conceptualiser, c'est de nommer cela : "Temps de recharge de mes batteries". Prenez une petite somme, regardez la télé, méditez. Quelque chose de calme, de paisible, tout à votre aise.

32. Choisissez de "bonnes," et utiles habitudes, en fonction de l'exercice. Beaucoup d'adultes en TDA/H auront le tempérament qui favorise le phénomène de dépendance ou de compulsion : quelque chose les accroche toujours. Essayez de choisir au moins une activité positive.

33. Comprenez vos changements d'humeur et les façons de les diriger. Sachez que vos humeurs changeront n'importe quand, indépendamment de ce que vous faites dans la réalité. Ne gaspillez pas votre temps à rechercher les pourquoi ou quelqu'un à blâmer. Focalisez davantage sur l'apprentissage pour tolérer une mauvaise humeur, sachant qu'elle passera ; apprenez des stratégies pour la faire passer rapidement.

34. En relation avec #33, reconnaissez le prochain épisode qui est très commun, parmi les adultes en TDA/H : quelque chose "surprend" votre système psychologique, un changement, une transition, une déception ou même un succès. Ce facteur précipitant peut être tout à fait insignifiant. Une mini-panique suivra cette "surprise" avec une perte soudaine de la perspective ; le monde se renverse sens dessus dessous. Vous essayez de gérer cette panique en tombant dans les obsessions et les ruminations de l'un ou l'autre aspect de la situation. Ça peut durer des heures, des jours, même des mois.

35. Planifiez des scénarios pour faire face aux inévitables baratins de la vie. Ayez une liste d'ami(e)s que vous pouvez appeler. Ayez quelques vidéos qui vous captivent toujours et vous libèrent l'esprit. Soyez prêt à faire des exercices. Ayez, disponible, un sac ou un oreiller de boxe, en cas d'excès d'énergie colérique. Faites-vous des

discours, comme " Je connais bien ces émotions. Ce sont les " bleue " du TDA/H. Ils passeront bientôt. Je suis OK " .

36. Attendez-vous à la "déprime" après le succès. Les personnes en TDA/H se plaignent communément de sentiments dépressifs, paradoxalement, après un grand succès. C'est parce que la stimulation intense de la poursuite, du défi ou de la préparation n'existe plus. Fini l'action. Après le gain ou la perte, l'adulte en TDA/H manque de conflits, de stimulations intenses, et se sent déprimé(e).

37. Apprenez des citations, des slogans, des proverbes comme une façon de sténographier des étiquettes et mettre rapidement en perspective les glissades, les erreurs ou les changements d'humeur. Quand vous tournez à gauche plutôt qu'à droite, et emmenez votre famille dans un détour de 20 minutes, c'est mieux de se dire, "voilà encore mon déficit d'attention" que d'analyser, pendant 6 heures, ses pulsions inconscientes et saboter le voyage au complet. Il ne s'agit pas d'excuses. Vous devez toujours prendre la responsabilité de vos actions. C'est seulement bon de savoir d'où vos actions proviennent et d'où ils ne proviennent pas.

38. Utilisez des "pauses" comme chez les enfants. Quand vous êtes renversé(e)s ou surstimulé(e)s, prenez une pause. Partez. Apaisez-vous.

39. Apprenez à plaider en votre faveur. Les adultes en TDA/H ont l'habitude de se faire critiquer, ils deviennent souvent inutilement défensifs en se mettant trop à nu. Apprenez à vous sortir de la défensive.

40. Évitez la fermeture prématurée d'un projet, d'un conflit, d'une affaire ou d'une conversation. Ne coupez pas court à la "poursuite" trop tôt, même si vous en avez très envie.

41. Laissez durer le plaisir de la réussite et souvenez-vous en : devenez votre propre souteneur, avec le temps. Vous devez vous entraîner, consciencieusement et délibérément, à le faire car vous aurez trop tôt oublié votre chance.

42. Souvenez-vous que le TDA/H présente habituellement une tendance à surfocaliser ou hyperfocaliser à l'occasion. Cette hyperfocalisation peut s'utiliser de manière constructive ou destructive. Soyez conscient de son effet destructeur : une tendance à s'obséder ou ruminer quelque problème imaginaire, sans pouvoir s'en libérer.

43. Exercez-vous vigoureusement et régulièrement. Vous devez établir un programme dans votre vie et y tenir fermement. L'exercice demeure, c'est certain, l'un des meilleurs traitements du TDA/H. Il permet de libérer un excès d'énergie et d'agressivité dans la bonne voie, il permet une réduction du bruit mental, il stimule le système hormonal et neurochimique dans un sens des plus thérapeutique, et il apaise et calme le corps. Quand vous ajoutez cela à tous les bénéfices bien connus de l'exercice sur la santé, vous pouvez voir comment l'exercice devient important. Faites en quelque chose d'amusant afin de pouvoir l'utiliser à long terme, i.e. le reste de votre vie.

44. Faites le bon choix de conjoint(e), qui vous fait sens. Évidemment c'est un bon conseil pour quiconque. Mais c'est frappant de voir comment l'adulte en TDA/H peut bien ou mal fonctionner selon le choix du compagnon/compagne.

45. Apprenez à plaisanter sur vous-même et les autres au sujet de plusieurs de vos symptômes, du manque de mémoire aux fréquentes pertes d'orientation, au manque de tact à l'impulsivité, n'importe lequel. Si vous pouvez vous détendre et en rire avec humour, les autres vous pardonneront beaucoup plus.

46. Programmez des activités avec des ami(e)s. Adhérez à ces programmes fidèlement. C'est crucial de garder contact avec d'autres personnes.

47. Trouvez et joignez des groupes où l'on vous aime, apprécie, comprend, où vous prenez plaisir.

48. Revenir au #47. Ne restez pas trop longtemps là où l'on ne vous comprend ou n'apprécie pas.

49. Sachez faire des compliments. Donnez de la place aux autres. En général, recherchez une meilleure compréhension des relations sociales, avec l'aide de votre entraîneur(e).

50. Mettez-vous des limites dans vos rapports avec les autres.

VU

NANCY, le 1^{er} avril 2010

Le Président de Thèse

Professeur D. SIBERTIN-BLANC

NANCY, le 6 avril 2010

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 12 avril 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Après des années de désaccord, l'hyperactivité de l'enfant constitue aujourd'hui un syndrome dont l'existence n'est plus remise en cause. Mais le débat s'est déplacé vers le monde des adultes. S'il y a encore quelques décennies les spécialistes s'accordaient à penser que le trouble disparaissait à la fin de l'adolescence, les études se multiplient désormais pour reconnaître la persistance au moins partielle du syndrome lors de l'entrée dans la vie adulte. Pourtant, ce diagnostic en psychiatrie de l'adulte reste controversé, des études empiriques et observationnelles restent indispensables afin d'étayer les théories et de répandre l'information auprès des professionnels.

C'est dans ce but que seront abordés les grands axes du syndrome de déficit de l'attention/hyperactivité et de son devenir.

La première partie débutera par un bref aperçu de l'historique du trouble et de l'émergence de la représentation de l'hyperactivité chez l'adulte.

Dans un second temps seront évoquées l'étiopathogénie du syndrome et l'évolution du concept à travers les mentalités et les écoles.

Un troisième chapitre rappellera la clinique du syndrome chez l'enfant et l'adolescent.

Une quatrième partie s'attachera à mettre en lumière la particularité du trouble chez l'adulte: l'évolution des symptômes de l'enfant, l'apparition de nouveaux signes cliniques spécifiques à l'âge adulte, les difficultés du diagnostic à cet âge de par les troubles comorbides émergeant au fil du temps, la souffrance au quotidien de ces adultes « différents ».

Un cinquième chapitre verra l'avancée des recherches sur les grands axes thérapeutiques à mettre en œuvre face à ce syndrome.

Enfin, une ultime partie développera quelques vignettes cliniques de patients rencontrés au gré des consultations.

TITRE EN ANGLAIS

Attention-deficit/hyperactivity disorder, the future in the adulthood.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE - ANNÉE 2010

MOTS CLEFS

Hyperactivité, TDAH, devenir, adultes, comorbidité, étiopathogénie, traitement

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex