

# Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

chez l'adulte (T:DA/H)



Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (T:DA/H) est un problème médical important et reconnu depuis des années dans la population pédiatrique. Néanmoins, la persistance de ce trouble à l'âge adulte dans la majorité des cas n'est reconnue que depuis peu.

Par A. Fallu, M.D., FRCPC, C. Richard, M.Ps., et A. Vincent, M.D., FRCPC

Le **D<sup>r</sup> Fallu** est directeur de la Clinique Woodward à Sherbrooke.

**M<sup>me</sup> Richard** est psychologue à la Clinique Woodward à Sherbrooke.

La **D<sup>re</sup> Vincent** est psychiatre à la Clinique Roy-Rousseau à Québec.

Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (T:DA/H) est retrouvé chez environ 5 % des enfants, et il représente à lui seul environ les deux tiers des consultations en pédopsychiatrie. Au cours de la dernière décennie, nous avons été témoins d'une augmentation croissante de l'intérêt et des études traitant du T:DA/H chez l'adulte. Malgré un certain scepticisme initial, la validité de ce diagnostic et l'efficacité du traitement ne sont plus à prouver. Nous savons maintenant qu'une majorité d'enfants ayant présenté les caractéristiques cliniques auront des manifestations du même trouble à l'âge adulte.

# Le déficit de l'attention

Tableau 1

## Critères diagnostiques de Utah (7)

### Présence de A1 et A2 et d'au moins 2/5 B

#### A1 Déficit attentionnel :

- Difficulté à se concentrer lors d'une conversation ou d'une lecture
- Doit relire quelques fois un même texte
- Égare ou perd des objets

#### A2 Hyperactivité motrice :

- Agitation
- Difficulté à relaxer
- Toujours sur la brèche
- Difficulté dans les activités sédentaires
- Dysphorie lors de l'inaction

#### B1 Labilité émotionnelle :

- Changements d'humeur
- Peut passer d'une humeur dépressive à une légère euphorie

#### B2 Désorganisation, incapacité à terminer ses tâches :

- Ne peut compléter les tâches
- Passe souvent d'une tâche à une autre sans les compléter
- Manque d'organisation au travail ou dans les tâches ménagères
- Souvent en retard, mauvaise planification de son temps

#### B3 Tempérament bouillant/colérique :

- Devient facilement en colère
- Excès de colère
- Perte de maîtrise transitoire

#### B4 Hypersensibilité émotive (intolérance au stress) :

- Confus/incertain
- Facilement dépassé par les événements
- Anxieux
- Difficultés à composer avec le stress quotidien

#### B5 Impulsivité :

- Parle avant de penser
- Impatient
- Interrompt souvent autrui
- Agit sans réfléchir
- Ne pense pas aux conséquences
- Peut avoir tendance à prendre des risques

Les symptômes du T:DA/H sont assez variés et entraînent une détresse psychologique et des difficultés fonctionnelles relativement importantes. Le trouble lui-même peut se présenter de différentes façons; il peut surtout être confondu avec une ou plusieurs affections psychiatriques comorbides. Lorsqu'il est reconnu et traité correctement, le T:DA/H chez l'adulte évolue de façon favorable dans la majorité des cas.

## Comment se présente le T:DA/H en clinique?

Différents types de présentations peuvent amener un diagnostic de T:DA/H chez l'adulte. Le premier groupe, probablement le plus évident, est celui où le diagnostic a été posé durant l'enfance. Lorsque ces personnes présentent toujours des symptômes durant l'adolescence, il est vraisemblable que le problème persistera à l'âge adulte. Il faut donc faire une évaluation périodique des symptômes et les traiter, le cas échéant, plutôt que de présumer qu'ils vont disparaître de façon spontanée.

Compte tenu de l'importance du facteur génétique, il est fréquent que les patients viennent consulter après que le diagnostic ait été posé chez leur enfant. En effet, ces patients peuvent reconnaître les mêmes comportements qu'ils avaient étant enfants et considérer que ceux-ci sont toujours problématiques. Ils consultent donc pour savoir s'ils pourraient, eux aussi, bénéficier d'un traitement.

Cependant, le T:DA/H chez l'adulte sera le plus souvent diagnostiqué à la suite d'une évaluation pour un autre problème. Ces gens se retrouvent principalement en clinique pour un trouble anxieux ou dépressif.<sup>1</sup> Ils présenteront surtout des symptômes d'anxiété généralisée et principalement une tension motrice importante. Les troubles affectifs sont également très fréquents puisque que certains neurotransmetteurs en cause dans la dépression (noradrénaline, dopamine) le sont aussi dans le T:DA/H. Il faut rechercher les symptômes de dépression atypique (hypersomnie, réactivité de l'affect, hypersensibilité au rejet, etc.). On doit aussi être à l'affût de ce problème

## En bref :

### Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez l'adulte (T:DA/H)

- Le T:DA/H persiste chez plus de 50 % des patients ayant présenté cette affection durant l'enfance.
- Ce trouble présente une comorbidité associée (anxiété, dépression, toxicomanie) et entraîne une grande morbidité touchant le fonctionnement professionnel, familial ou social.
- Ses symptômes, similaires à ceux rencontrés durant l'enfance, peuvent toucher trois sphères du comportement : les difficultés attentionnelles, l'impulsivité et l'hyperactivité.
- À la suite d'une évaluation diagnostique adéquate, un traitement peut être suggéré : une combinaison de soutien, d'éducation, de techniques de gestion du stress et de résolution de problèmes, de stratégies pour améliorer l'estime de soi ainsi que d'un traitement pharmacologique approprié.

parmi les personnes présentant des problèmes d'alcool ou de drogue, chez les gens qui ont de la difficulté à maintenir un emploi ou des études de façon soutenue, chez les impulsifs et ceux qui ont des problèmes de tempérament.<sup>2</sup>

Finalement, certains patients pourront consulter après avoir reçu des renseignements provenant de différentes sources (Internet, télévision, conférence grand public, etc.) et viendront chercher une confirmation du diagnostic. Dans ce cas, le motif de consultation sera on ne peut plus clair.

## La démarche diagnostique

Il existe deux étapes fondamentales dans la démarche diagnostique. La première est de déterminer la présence des symptômes actuels. La seconde, de déterminer la persistance du trouble au cours de la vie et ce, depuis la petite enfance.

Les critères diagnostiques du DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>ième</sup> édition) sont utilisés autant pour l'enfant que pour l'adulte.<sup>3</sup> Cependant, il faut se souvenir que ces critères

## Maintenant inscrit au Formulaire du Programme de médicaments de l'Ontario: Flovent 50 µg en aérosol-doseur

Flovent 125 µg et 250 µg en aérosol-doseur et les équivalents Diskus – inscrits sur la liste de médicaments des dix provinces\*



**Flovent**<sup>®</sup>  
(propionate de fluticasone en inhalation)

Flovent est un corticostéroïde en inhalation indiqué pour le traitement prophylactique de l'asthme chez les patients de plus de 4 ans. Consultez la monographie du produit pour obtenir plus d'information sur la sélection des patients, la posologie et l'innocuité.

\*Toutes les concentrations de Flovent en aérosol-doseur et de Flovent Diskus font l'objet d'une couverture complète au Québec, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et dans l'Île-du-Prince-Édouard.



[www.asthmeauCanada.com](http://www.asthmeauCanada.com)



# Le déficit de l'attention



ont été élaborés pour les enfants et on doit, dans une certaine mesure, les adapter à l'adulte.

D'autres critères diagnostiques peuvent être utilisés, dont les critères de UTAH (tableau 1).<sup>4</sup> Ceux-ci s'inspirent à la fois des critères du DSM-IV et des caractéristiques associées du trouble (également retrouvées dans le DSM-IV). Les symptômes cardinaux (difficultés attentionnelles, impulsivité et hyperactivité) y figurent. Quatre autres caractéristiques persistantes sont ajoutées pour compléter le diagnostic : intolérance au stress, labilité émotionnelle, tempérament bouillant et difficulté de planification et d'organisation.

Plusieurs questionnaires peuvent être utilisés (Wender-UTAH, *Brown ADD Scales*, Conners,

## Quand soupçonner un T:DA/H chez un adulte?

- Diagnostic de T:DA/H porté avant l'âge de 18 ans
- Diathèse familiale de T:DA/H (présence du diagnostic chez un enfant)
- Diagnostic différentiel, et comorbidité :
  - troubles anxieux (anxiété généralisée, phobie sociale)
  - troubles de l'humeur (dépression atypique, dysthymie)
  - toxicomanie (alcool et cannabis)
  - difficultés scolaires
  - difficultés à maintenir une stabilité d'emploi
  - difficultés à maintenir des relations interpersonnelles stables
  - traits/troubles de personnalité limite et antisociales (moins bon pronostic)
- Plaintes spécifiques :
  - troubles de l'attention, difficulté à s'organiser
  - bougeotte (psychique et physique)
  - impulsivité, tempérament bouillant, labilité de l'humeur
  - intolérance au stress
  - faible estime de soi chronique
  - impression de sous-performance

Barkley) pour aider à la démarche diagnostique. Cependant, les résultats doivent être considérés de manière relative et non absolue. L'entrevue avec un tiers ainsi que l'évaluation neuropsychologique amènent des éléments complémentaires importants.

## Les approches thérapeutiques

### L'éducation et le soutien

Il est très aidant et rassurant pour le patient d'apprendre que les symptômes qu'il vit depuis toujours font partie d'un syndrome qui est reconnu et traitable. Le soutien et l'assistance aident le patient à mettre en place des stratégies pour faire face aux

Tableau 2

## Les stratégies de gestion des symptômes du T:DA/H

- Faire des listes quotidiennes des tâches à accomplir.
- Avoir un agenda pour les rendez-vous et encercler en couleur les dates importantes.
- Avoir des carnets de notes accessibles à différents endroits afin de noter les idées ou les choses à retenir dès qu'elles viennent à l'esprit.
- Utiliser un dictaphone ou un agenda électronique pour aider à se souvenir si les listes papier ne fonctionnent pas.
- Coller des mémos sur un tableau ou quelque part de visible dans la voiture pour se rappeler les choses importantes.
- Développer un système de classement facile et clair pour les documents importants et la correspondance.
- Dresser une liste des tâches à faire dans la journée et diviser chacune de ces tâches en petites étapes claires et les placer en ordre de priorité.
- Demander à un proche de nous rappeler les dates ou les événements importants.
- Se fixer des objectifs personnels réalisables et se récompenser lorsqu'ils sont atteints.
- Si les choses ne vont pas comme vous voulez et que vous vous sentez en colère, prendre quelques minutes pour penser à ce qui s'est produit et identifier des façons efficaces de procéder.
- Créer des routines quotidiennes.
- Utiliser l'humour.
- Canaliser le besoin de bouger en faisant du sport.
- Mettre du piquant pour briser la routine.

Adapté de la référence 5.

problèmes de la vie quotidienne. Comprendre que le T:DA/H explique leurs difficultés chroniques est un premier pas. La médication et les interventions spécifiques de réorganisation et de gestion du stress sont la deuxième étape.

### La gestion du stress

Plus les patients sont aptes à gérer leur anxiété, plus ils auront de la facilité à gérer leurs activités professionnelles et sociales. Il ne faut pas négliger l'importance du stress relié à l'interaction familiale. Il est parfois important que certains membres de la famille soient mis à contribution afin qu'ils puissent être renseignés.

### L'organisation

Comme chez les enfants, les adultes ayant un T:DA/H présentent des difficultés à s'organiser et à répondre aux attentes de leur environnement. De même, ils trouvent difficile de gérer leurs réactions dans différentes situations, leurs échecs et leurs difficultés interpersonnelles. Différentes stratégies peuvent les aider dont quelques-unes sont présentées au tableau 2.<sup>5</sup>



### L'estime de soi

L'estime de soi est un problème significatif chez les patients qui souffrent d'un trouble déficitaire de l'attention.

La majorité de ces gens ont le sentiment de ne pas s'être accomplis à leur plein potentiel. Plusieurs d'entre eux

## Le déficit de l'attention



vivent depuis longtemps des échecs ou des difficultés relationnelles qui peuvent avoir mené à une intériorisation des problèmes, un sentiment chronique d'insatisfaction et même des attitudes antisociales. Ceci est souvent renforcé par des difficultés à trouver ou à conserver un emploi, un stress financier et de la peine à maintenir les relations interpersonnelles.

En plus du soutien et de la reconnaissance de leurs accomplissements, les individus souffrant d'un T:DA/H peuvent bénéficier d'une approche cognitive.<sup>6</sup> Selon cette approche, il est important de modifier les distorsions cognitives des patients. Pour ce faire, on peut les aider à identifier leurs perceptions négatives, tout en leur faisant saisir l'impact qu'elles ont sur l'estime de soi, et à les remplacer par des pensées positives et réalistes. Il faut aussi insister sur les aspects positifs du problème (personne travaillante, déterminée, intelligence développée pour d'autres sphères de la cognition).

### Les traitements pharmacologiques

#### Les psychostimulants :

- Méthylphénidate
- Dextroamphétamine
- Mélange de sel d'amphétamine à action prolongée
- Modafinil

#### Les antidépresseurs :

- Tricycliques
- Venlafaxine
- Bupropion
- Atomoxetine (à l'étude)
- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)
- Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) pour anxiété comorbide
- Reboxetine (études à venir)
- Mirtazapine

#### Les antihypertenseurs :

- Clonidine
- Propanodol
- Guaifénésine

#### Autres :

- Les stabilisateurs de l'humeur
- Les antipsychotiques atypiques (rispéridone, olanzapine, quétiapine)
- Les cholinomimétiques (rivastigmine, donépézil)

## Les médicaments

### Les psychostimulants

L'ensemble des données publiées suggère que près des deux tiers des adultes souffrant d'un T:DA/H peuvent bénéficier d'un traitement avec un psychostimulant.<sup>7</sup> Plusieurs études démontrent l'efficacité de ces produits chez l'adulte, dont le méthylphénidate. La dose utilisée se situe aux alentours de 1 mg/kg/jour en doses divisées (60 à 90 mg/jour). Les études cliniques aussi bien que son utilisation en clinique nous apprennent que les doses thérapeutiques varient entre 0,5 et 1,5 mg/kg/jour. Il faut noter que toutes les études avec le méthylphénidate où l'on a obtenue une réponse d'au-delà de 50 % ont été menées avec des dosages de 0,5 mg/kg/jour et plus.<sup>8</sup>

## Le déficit de l'attention

L'effet des médicaments peut durer en moyenne quatre heures mais, pour plusieurs patients, il ne dure pas au-delà de deux heures. La fréquence de la prise peut donc varier de deux à six fois par jour mais, en général, une prise de trois fois par jour (TID) est adéquate. Ajoutons que la tolérance d'une prise en soirée est très bonne et que plusieurs patients prennent même une dose au coucher (HS), bénéfique pour la bougeotte nocturne et la « bougeotte des idées » qui causent de l'insomnie. Les adultes peuvent également décider de prendre les médicaments selon leurs besoins, c'est-à-dire à des moments particuliers ou sur une base régulière. Tout cela doit être discuté avec le patient. Une prise régulière entraîne une meilleure tolérance si le patient développe des effets indésirables.

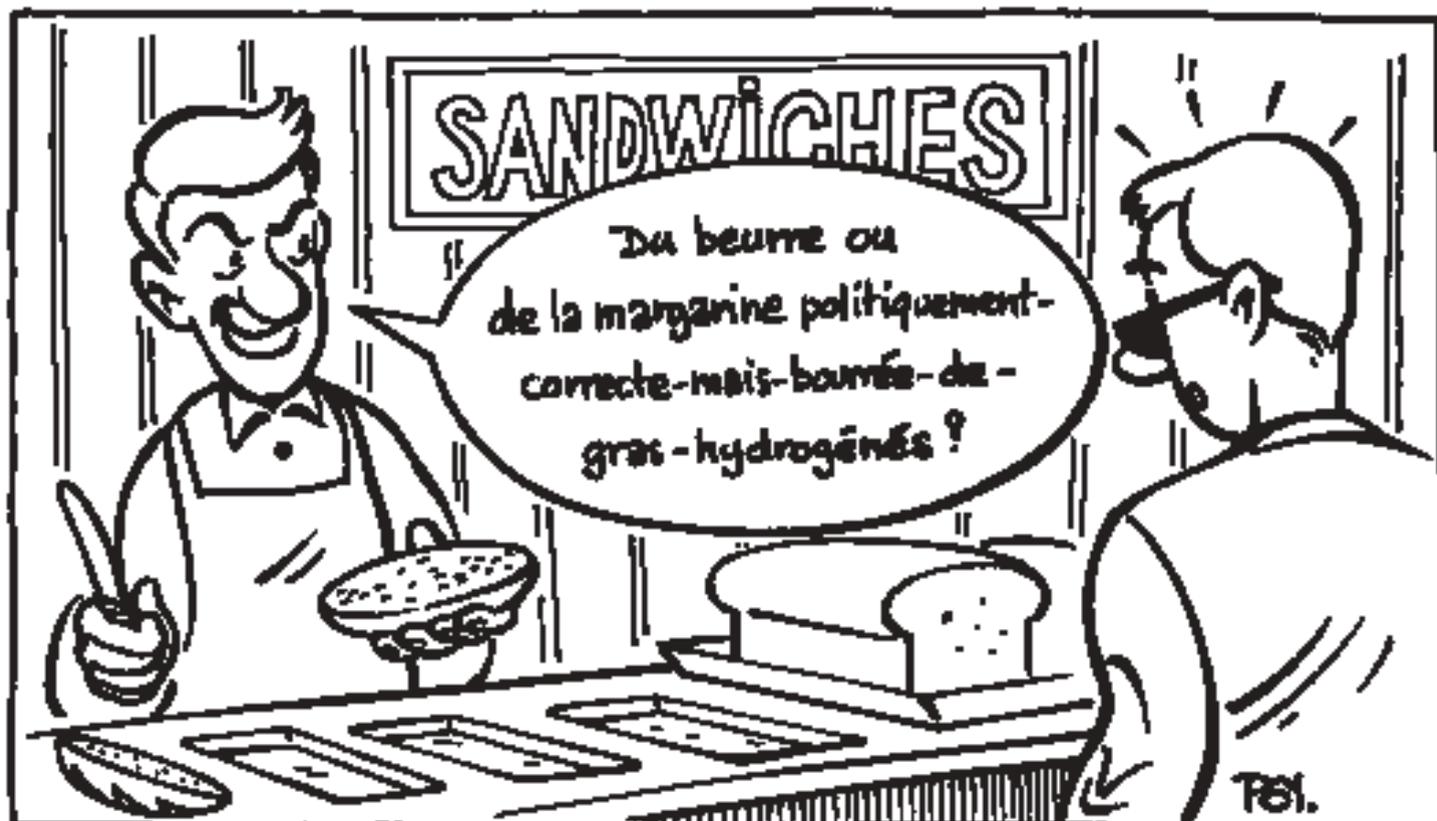
Une solution de rechange au méthylphénidate est la dextroamphétamine à des doses approximatives de

0,5 mg/kg/jour. Ce médicament est comparable au méthylphénidate et aussi efficace, mais beaucoup moins étudié et utilisé en clinique. Il est habituellement réservé aux cas qui ne répondent pas à ce dernier, ou lorsque les effets indésirables sont trop importants.<sup>8</sup>

Les deux produits sont disponibles en action prolongée, mais l'absorption en est parfois aléatoire et les résultats, moins consistants. Il faut par ailleurs mentionner que ces formules durent environ 6 à 12 heures, mais que leurs concentrations sériques en tous points est à environ 50 % de la forme de base. Il faut donc ajuster les doses en conséquence et combiner les deux formules. Une nouveauté intéressante sera bientôt disponible, soit le mélange de sel d'amphétamine qui a une action de plus de 12 heures. Les effets indésirables notés chez les adultes sont similaires à ceux des enfants. Ils incluent l'insomnie, les céphalées, l'anxiété et une diminution de

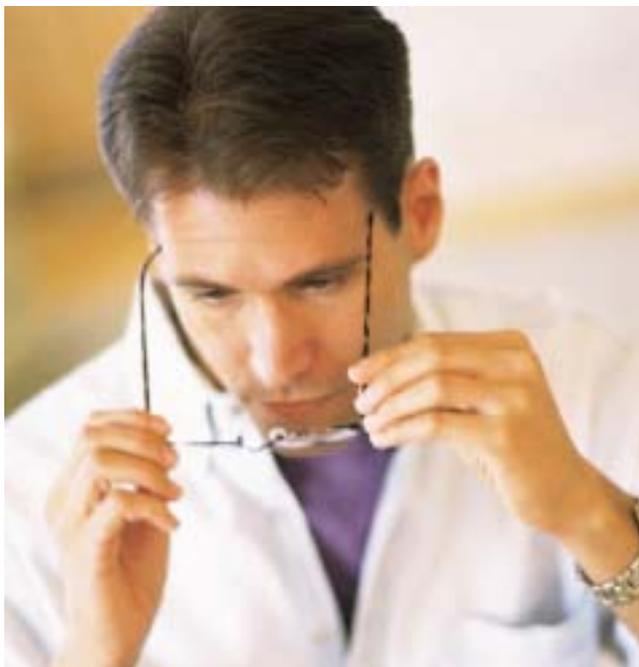
Les sains dessins

Les Producteurs laitiers du Canada



Fait : L'hydrogénation crée des acides gras trans, un facteur de risque de mal-

## Le déficit de l'attention



l'appétit. À l'émergence d'un trouble anxieux, on suggère d'utiliser d'abord un antidépresseur puis de réintroduire le psychostimulant si certains symptômes persistent. On peut également observer une labilité thymique lors de la prise du médicament ou lors de l'arrêt. Dans cette situation, il faut considérer la présence possible d'un trouble bipolaire comorbide.

Le modafinil utilisé dans la narcolepsie semble prometteur (études de 22 adultes).<sup>9</sup>

### Les antidépresseurs

Très peu de données utiles en clinique sont actuellement disponibles concernant l'utilisation des antidépresseurs dans le T:DA/H. Cependant, ces médicaments sont d'un grand intérêt compte tenu de l'importance de la comorbidité des troubles anxieux et affectifs et de l'effet de certains de ces produits sur les neurotransmetteurs noradrénergiques et dopaminergiques. Les tricycliques, dont la désipramine, sont les médicaments les plus étudiés puisqu'ils sont disponibles depuis plus longtemps. Leur efficacité a particulièrement été démontrée pour les symptômes de labilité émotionnelle et pour les problèmes

comorbides en général. Certaines données suggèrent même une efficacité équivalente aux psychostimulants pour les symptômes spécifiques du T:DA/H.

L'arrivée de nouveaux antidépresseurs à action noradrénergique et dopaminergique, ayant un profil d'effets secondaires préférables à celui des tricycliques, a suscité beaucoup d'intérêt pour les cliniciens. Les données demeurent cependant plutôt empiriques puisque les études contrôlées se font rares.

D'abord, le bupropion est un médicament dont l'action est principalement dopaminergique et ressemble à certains égards aux psychostimulants.<sup>10</sup> Il est donc indiqué à des posologies variant entre 150 et 400 mg/jour, en doses divisibles 2 fois par jour (BID), pour les patients présentant des caractéristiques de trouble attentionnel sans présenter d'anxiété marquée. Son utilisation dans un contexte de conditions comorbides pourrait être suggérée en présence de dysthymie ou de dépression, particulièrement s'il y a anergie ou un ralentissement psychomoteur. Il peut aussi être intéressant si le patient veut réduire sa consommation de tabac. Il vaut mieux éviter d'utiliser ce produit en première intention en présence d'un trouble anxieux.

La venlafaxine, avec un profil d'action sérotonergique et noradrénergique, est aussi beaucoup utilisée pour cette indication.<sup>11</sup> Ces avantages se situent surtout au niveau du traitement des comorbidités (dépression majeure, anxiété généralisée), mais aussi pour plusieurs caractéristiques propres au trouble (impulsivité, labilité thymique et intolérance au stress). On peut noter, dans plusieurs cas, un effet au niveau des capacités attentionnelles (hyperactivité psychique), mais celui-ci est moins marqué qu'avec les psychostimulants. Les doses habituellement utilisées sont les mêmes que celles recommandées dans la dépression (75 à 225 mg), mais on a tendance à prescrire des doses plus élevées (ad 450 mg die) compte tenu que l'effet noradrénergique est plus important à des doses de 150 mg/jour et plus.

La mirtazapine, ayant également un profil d'action sérotoninergique et noradrénergique, peut s'avérer un

traitement intéressant, à des doses similaires à celles proposées pour la dépression, en particulier chez les patients souffrant de troubles du sommeil importants.

On peut aussi utiliser d'autres molécules avec un profil antidépresseur. Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) peuvent certainement être considérés, mais les restrictions au niveau du régime alimentaire et les interactions médicamenteuses compliquent le traitement. On pourrait utiliser la moclobémide à des doses de 300 mg à 900 mg. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, ou ISRS (paroxétine, citalopram, sertraline), sont indiqués en présence d'une comorbidité de trouble anxieux répondant à l'utilisation d'un produit sérotoninergique (trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif, état de stress post-traumatique, phobie sociale). Leurs actions sur les symptômes propres du T:DA/H sont par ailleurs négligeables; on devra donc les combiner à un médicament efficace contre celui-ci. D'autres molécules ayant une action noradrénergique devraient bientôt être disponibles, soit la reboxetine et l'atomoxetine (INRS).<sup>9</sup> Cette dernière sera vraisemblablement commercialisée comme traitement du T:DA/H spécifiquement.

Une utilisation combinée de plusieurs produits est assez fréquente : un antidépresseur et un psychostimulant ou encore la combinaison de deux antidépresseurs. Les doses recommandées ne varient pas en fonction du nombre de médicaments, mais plutôt en fonction des effets indésirables. La clonidine est peu utilisée chez l'adulte en raison de ses effets indésirables (hypotension et sédation). Les antipsychotiques atypiques semblent être utiles pour diminuer l'impulsivité grave (cas rapportés de T:DA/H et de trouble des conduites).

### Conclusion

Il est maintenant reconnu universellement que le T:DA/H persiste chez plus de 50 % des patients ayant présenté cette affection durant l'enfance. Il est important de considérer que le T:DA/H entraîne une grande morbidité qui touche significativement le fonctionnement

professionnel, familial ou social. De plus, la majorité des patients souffrant de ce trouble présente une comorbidité associée ce qui est cliniquement significatif.

Comme ce problème a une incidence assez élevée, il est primordial que les cliniciens soient attentifs et sachent reconnaître le T:DA/H. Les symptômes sont similaires à ceux rencontrés durant l'enfance et peuvent toucher trois sphères du comportement : les difficultés attentionnelles, l'impulsivité et l'hyperactivité. À la suite d'une évaluation diagnostique adéquate, un traitement peut être suggéré. Idéalement, il consiste en une combinaison de soutien, d'éducation, de techniques de gestion du stress et de résolution de problèmes, de stratégies pour améliorer l'estime de soi ainsi que d'un traitement pharmacologique approprié. *Clin*

#### Références :

1. Hornig, M : Addressing Comorbidity in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 59 (suppl 7), 1998.
2. Biederman, J, et coll. : Does Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Impact the Developmental Course of Drug and Alcohol Abuse and Dependence? *Biol Psychiatry* 44:269, 1998.
3. American Psychiatric Association : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4<sup>ème</sup> édition (DSM-IV), 1994.
4. Wender, PH : Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Clin Psychiatry* 59(suppl 7): 76, 1998.
5. Hallowell, EM, Ratey, JJ : *Driven to distraction: recognizing and coping with attention deficit disorder from childhood through adulthood*. Touchstone, New York, 1995.
6. Prince, JB, Wilens, TE : *Diagnosis and Treatment of Adults with ADHD. Attention Deficits and Hyperactivity in Children and Adults Diagnosis Treatment Management*. 2<sup>ème</sup> édition, *Pediatric Habilitation*, 10:665, 2000.
7. Wender, PH : *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. Oxford University Press, New York, 1995.
8. Spencer, T, Biederman, J, Wilens, T, et coll. : Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *J Amer Acad Child Adol Psychiatry*, 35(4):409, 1996.
9. Taylor, FB, Russo, J : Efficacy of modafinil to dextroamphetamine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *J Child adol Psychopharmacology* 10:311, 2000.
10. Wilens, TE, et coll. : A Controlled Clinical Trial of Bupropion of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. *Am J Psychiatry* 158(2): 282, 2001.
11. Findling, RL, et coll. : Venlafaxine in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Open Clinical Trial. *J Clin Psychiatry* 57:184, 1996.

