

MÉDICAMENTS DU TDA/H ET DES PRINCIPAUX TROUBLES PSYCHIATRIQUES ASSOCIÉS

■ Ce chapitre ne se substitue pas aux préconisations du corps médical. Il a été relu et corrigé par deux médecins et un pharmacien mais ne doit pas être pris à la lettre sans être discuté avec son médecin. C'est un fait que beaucoup d'adultes TDA/H pratiquent l'auto-médication en recherchant la molécule miracle qui n'existe évidemment pas. Donc, sans vouloir favoriser l'usage des médicaments (la medication comme ils disent au Québec) car **ce n'est souvent pas la meilleure solution à long terme**, voici un résumé de ce que l'on trouve dans la littérature et mis à jour grâce à des centaines de témoignages : Tout comme des lunettes peuvent être utiles à un myope, certains médicaments corrigent le déficit en dopamine et noradrénaline du cerveau TDA/H (les stimulants). D'autres régulent l'humeur labile ou simplement diminuent le stress ou l'hypersensibilité souvent induit par le TDA/H en agissant surtout sur la sérotonine (les antidépresseurs). Le docteur Amen aux États-Unis identifie même 6 sous-familles de TDA/H (Hyperactif, hypo-actif, hyper-focus ou obsessionnel-compulsif, humeur labile, convulsif, colérique) avec leurs traitements associés (stimulants, antidépresseur ou antiépileptique).

■ Il est bon de trouver un spécialiste de ce trouble et se faire suivre par lui. Ces médicaments ne sont pas très dangereux ni addictifs pour la plupart, mais **il vaut mieux privilégier les dosages faibles et les considérer comme provisoires**, le temps de régler les problèmes les plus importants (il peuvent en effet donner un impulsion très positive pendant quelques jours/semaines/mois), et de trouver des solutions plus naturelles et durables. Leurs effets peuvent diminuer au fil du temps (les récepteurs des neurotransmetteurs se désensibilisent) ou bien leurs effets secondaires peuvent être insupportables à moyen terme. Tout psychotrope a des effets secondaires et modifie nos comportements, et même une partie de notre personnalité, et s'y adapter prend du temps. Utiliser ce **graphe de l'humeur en cliquant ici** pour noter ce qui se passe en vous quand vous prenez un nouveau médicament.

■ Même si ce chapitre est consécutif à celui du diagnostic sur cette page web, de plus en plus de psychiatres et neurologues considèrent que la prescription d'un médicament psychotrope ne devrait être envisagée qu'en dernier ressort pour les adultes TDA/H, ou tel une béquille qu'il faut absolument accompagner de conseils pour une meilleure hygiène de vie et de sommeil et éventuellement d'une thérapie comportementale et cognitive pour aider le patient à changer ses habitudes de vie et ses techniques d'organisation. Car un psychotrope à l'âge adulte ne permet pas de changer ses habitudes comportementales et cognitives, alors que la même molécule peut aider un enfant à prendre ces fameuses bonnes habitudes entre 6 et 12 ans. Même si un médicament peut vous aider à un moment donné en terme de gestion de l'attention ou de l'humeur et de retour de la confiance en soi, il est donc préférable de profiter de cette bonne période et de chercher d'autres solutions pour le long terme. Attention à ne pas s'attacher au souvenir de l'effet magique des premiers jours qui est en plus amplifié par l'effet placebo. Cet effet magique et souvent provisoire a le mérite de faire prendre conscience de nos dysfonctionnements en temps ordinaire et en ce sens la medication est très utile. À terme les psychotropes (stimulants, antidépresseurs, anxiolytique, neuroleptique) agissent souvent de moins en moins, on a donc tendance à augmenter le

dosage et donc les effets secondaires, et on se retrouve dans un cercle vicieux ou c'est le médicament qui fait plus de dégâts que le trouble d'origine et crée une dépendance physiologique ou psychologique selon les molécules utilisées.

Pour conclure cette introduction à ce chapitre qui tente d'offrir une vision objective sur ce sujet brûlant : Ceux qui disent que ces médicaments sont sans effets bénéfiques et à l'inverse ceux qui disent qu'ils sont sans effets secondaires sont dans l'erreur !

Témoignez ici de vos expériences positives et négatives des médicaments que vous avez pris

Voici donc les différentes familles de médicaments (Veuillez vérifier tout ceci avec votre médecin ou psychiatre spécialiste du TDA/H) :

■ Médicaments spécifiques au TDA/H - Stimulants

■ le **méthylphénidate** est une molécule de la catégorie des stimulants, donc très contrôlée et sous prescription uniquement à l'hôpital dans la plupart des pays francophones. Elle se présente sous sa forme normale, la **Ritaline (Ritalin ou Biphentin** chez les anglo-saxons et les québécois, **Rilatine** chez les belges), ou sous sa forme libération prolongée, le **Concerta** ou **Ritaline LP** ou **Quasym LP**. Elle augmente la disponibilité de la dopamine au niveau des synapses, et permet donc de se concentrer et de rester sur les tâches qui ne motivent pas naturellement. Certains praticiens indiquent qu'elle peut être prise uniquement certains jours (chez les adultes), ou à certaines heures notamment le matin pour créer une impulsion (ritaline simple) quand on le sent nécessaire, un peu comme le café mais en plus efficace, attention toutefois à l'effet rebond qu'on verra plus loin. Cette molécule peut aussi stabiliser la labilité émotionnelle, améliorer durablement l'humeur, et augmenter le fonctionnement personnel et social. Pour d'autres ce sera l'effet inverse, en augmentant l'agressivité et la colère avec un plus grand isolement social. Elle peut permettre aussi de traiter une dysthymie ou certaines formes de dépressions atypiques spécifiques au TDA/H. Son effet est immédiat (20 mn) et dure 4 heures (ritaline) ou 10 heures (concerta, ritaline LP). C'est le seul stimulant autorisé dans certains pays francophones. Il a le mérite d'être efficace sans risque de dépendance physiologique ou de détournement festif. Il fonctionne bien ou assez bien dans 50% des cas, c'est à dire beaucoup moins bien que chez les enfants ou le taux de réussite atteint 80%. Sur le long terme, ce pourcentage baisse et seulement moins de 20% des adultes TDA/H en ont un usage globalement positif (effets secondaires négatifs moins important que les effets primaires positifs) sur le long terme. Il est donc préférable de considérer ce traitement comme temporaire.

■ Comme tout psychotrope, l'effet du méthylphénidate est imprévisible avant de l'avoir essayé. Généralement, elle calme les hyperactifs et au contraire elle met en mouvement les hypoactifs. Le fait qu'une même molécule puisse améliorer deux symptômes aussi opposés que l'hyperactivité et l'hypoactivité est une preuve de plus de leur même origine neurologique à savoir le déficit d'attention causé par une inconsistance de la dopamine et de la noradrenaline. Elle leur permettant de se concentrer sur leurs tâches prioritaires ou routinières mais uniquement s'ils en ont la volonté, donc le médicament ne suffit pas à lui tout seul pour avancer dans sa vie d'adulte. Pour certains, cela va réduire leur anxiété du fait de leur sentiment d'être plus performant, pour d'autres cela

va au contraire augmenter la nervosité et donc l'anxiété, du fait du coté excitant de cette molécule (comme le café). Il est bon de faire une différence entre l'effet immédiat, après 20mn, qui est souvent plus intéressant que l'effet global sur une journée, et sur le long terme au bout de quelques mois, avec les effets secondaires et une éventuelle baisse des effets positifs. Une minorité constate l'inverse, un effet plus intéressant au bout d'un mois. Mais on constate que ceux qui vantent le plus le méthylphénidate sont ceux qui ont commencé le traitement depuis quelques jours seulement (ou quelques heures) et certains restent attaché longtemps ce souvenir, au point d'être violent verbalement sur les forums quand ils tombent sur un site comme celui-ci qui insiste un peu sur les effets négatifs du méthylphénidate. Le plus délicat est de trouver le bon dosage avec son psychiatre (ou neurologue), et savoir l'arrêter si les effets secondaires deviennent plus important que ses effets positifs. Ne pas faire confiance à un prescripteur qui ne commence pas par le plus petit dosage et qui monte très vite et trop haut dans les dosages. La règle 1mg/kg pour les enfants est rarement bonne pour les adultes, des petits dosages peuvent être suffisants, avec un comprimé (ou une demi) le matin par exemple avec de la ritaline simple pour donner une impulsion générale dans la journée. Prendre la ritaline simple seulement certains jours selon les besoins ou 2&3 jours consécutifs de temps en temps pour se relancer permet d'optimiser les effets positifs et de limiter les effets négatifs, en restant soi-même et sans risque de changer son tempérament.

■ Donc les **effets secondaires du méthylphénidate** peuvent aussi aboutir à l'effet inverse, on doit donc être très prudent. En théorie, les effets secondaires sont proportionnels au dosage et sont plus nombreux que chez les enfants. Ils peuvent être de la dysphorie (Tristesse, tension, anxiété) et surtout une irritabilité et une agressivité qui peut apparaître, même après quelques semaines ou quelques mois, tout comme des obsessions ou des tics. Au niveau physique, on peut observer chez certains une diminution d'appétit entraînant une perte de poids, une augmentation de la pression sanguine qui peut se traduire par des veines plus apparentes. Citons aussi des effets possibles comme des palpitations, tachycardie, de l'acné, des démangeaisons, la perte de cheveux, l'épaississement de la peau, . . . Occasionnellement, des nausées, des palpitations, des nausées, des vertiges, céphalée (mal de tête), sècheresse de la bouche, une modification dans le sang (globules blancs, anémie, enzymes hépatiques, lymphopénie), le syndrome de Raynaud (décoloration brutale des doigts). Le méthylphénidate peut amener aussi une grande nervosité, de la paranoïa, des psychoses toxiques, de l'insomnie (ne pas prendre après 18H sauf pour certains qui au contraire ont besoin d'une demi-dose au coucher), plus rarement des symptômes de bouche sèche et d'inconfort gastro-intestinaux. La forme prolongée du méthylphénidate que l'on prend en une seule prise le matin (Concerta, Ritaline LP) évite l'effet rebond que l'on observe assez souvent, à savoir une baisse d'humeur et de concentration quand l'effet de la molécule diminue entre les prises (toutes les 4 heures en général).

Il y a aussi des effets secondaires plus insidieux à long terme, car les changements cognitifs et comportementaux induits par le coté dopant des stimulants peuvent provoquer des décisions qui sont ensuite regrettées (divorce, lancement d'un business trop ambitieux, ...). Certains constatent une augmentation de comportements addictifs comme l'utilisation abusive de l'ordinateur, des jeux ou des relations virtuelles, s'il n'y a pas une volonté d'utiliser les effets de cette molécule pour résoudre ses problèmes les plus urgents dans sa vie, pour avoir la force de mettre en place des solutions plus

naturelles (sport, hygiène de vie, reconversion vers un métier compatible TDA/H, relaxation, ...) , puis abandonner le médicament même s'il vous a permis d'avancer durant une période. Même si cette molécule ne crée pas une dépendance physiologique, elle peut créer une dépendance psychologique qui peut masquer le fait que les effets secondaires ou les changements comportementaux induits peuvent enfoncer le patient dans des problèmes financiers ou relationnels qu'il n'avait pas avant.

■ En France, le Méthylphénidate n'est officiellement pas autorisé pour les adultes TDA/H (donc pas remboursé) et c'est le praticien qui prend une responsabilité s'il le prescrit, ou alors il le prescrit dans le cadre de la narcolepsie chez l'adulte où cette molécule a reçu l'AMM (autorisation de mise sur le marché). Aux USA et en Suisse, il est aussi prescrit de la **dexedrine** (dextroamphétamine) qui est un certain type d'amphétamine utilisé à petite quantité à des fins médicale. Le stimulant le plus utilisé pour les adultes américains (plusieurs millions) est l'**Adderall**, qui est un mélange de 4 sels d'amphétamine et qui semble assez bien fonctionner sur le court terme, avec toutes les réserves que l'on peut faire sur ses effets secondaires et sur le long terme et les abus possibles (dopage physique et intellectuel, drogue récréative à plus grosse dose). Le Canada a d'ailleurs décidé d'interdire sa vente du fait de ses abus (Seule la forme libération prolongée avait été agréée, l'**Adderall XR**), mais a néanmoins conservé l'agrément. Revenons à des molécules plus raisonnables sorties aux USA, Le **Focalin** (Dexaméthylphénidate) proche de la ritaline, et surtout le **Vyvanse** (lisdexamfetamine), une amphétamine non euphorique, sans risque d'abus ou de détournement sous forme injectable, car il a une action progressive (14 Heures). Ce dernier a récemment reçu une autorisation de mise sur le marché au Canada. Certains psychiatres des pays européens francophones prescrivent, dans certains cas précis, ces médicaments en vente seulement aux USA.

■ En attendant une prescription de ce type de médicaments qui peut être très longue, ou pour éviter cette voie qui est risquée comme on a vu, il existe des solutions à base de nutriment ou médicaments que l'on trouve rapidement en pharmacie ou sur internet (voir chapitre **nutriments**). Citons ici les précurseurs des neurotransmetteurs problématique au TDA/H (voir chapitre **nutriments**) : L-TYROSINE : précurseur de la dopamine et la L-PHENYLALANINE précurseur de la noradrénaline. Une mention particulière à un supplément alimentaire nommé "Gaba Calm" qui contient de la L-Tyrosine et du Gaba qui calme l'impulsivité et l'hypersensibilité propre au TDA/H en quelques minutes et sans effets secondaires . Certains stimulants plus légers que les médicaments de ce chapitre peuvent être prescrits par un médecin généraliste et peuvent remplacer avantageusement la caféine pour se concentrer un peu mieux sur des tâches non motivantes. Ce sont souvent des vasodilatateurs ou des anti-ischémiques qui augmentent le débit sanguin et surtout l'oxygène dans le cerveau, un effet que l'on peut obtenir aussi en pratiquant une respiration amplifiée. Citons par exemple le **Piracetam** et l'**Hydergine**, bien synergiques ensemble, sous prescription avec votre médecin de famille. D'autres se trouvent légalement sur internet sous l'appellation "smart drug" et peuvent permettre de gérer une situation temporaire difficile. Mais rappelez-vous qu'à terme une respiration amplifiée et régulière amène aussi l'oxygène au cerveau et peut faire à peu près le même effet.

■ Médicaments spécifiques au TDA/H - Non Stimulant

■ L'atomoxetine (médicament nommé **Strattera**) est une molécule disponible depuis peu dans les pays francophones (2011 en France) active la noradrénaline et la sérotonine et donc agit à la fois sur la concentration, et aussi sur l'humeur et l'anxiété mais sans atteindre l'efficacité d'un antidépresseur. Moins immédiat dans l'action, il nécessite d'être pris tous les jours pendant plusieurs semaines au minimum pour obtenir l'effet optimum. Elle a beaucoup d'effets secondaires proportionnels au dosage et peut entraîner des changements comportementaux importants. Par contre elle a moins d'effet négatif sur la libido que les antidépresseurs et peut au contraire l'augmenter. Cette molécule étant relativement nouvelle, il y a moins de retour d'expérience que pour les stimulants et les anti-dépresseurs, ce qui explique la brièveté de ce paragraphe. Peu d'adultes TDA/H semblent satisfaits de cette molécule sur le long terme, bien qu'elle semble en faire avancer certains sur le court terme (quelques mois).

■ Antidépresseurs pour certains troubles associés au TDA/H

■ Les **antidépresseurs** ne sont pas directement prescrit pour le TDA/H, mais pour certains symptômes de 2eme niveau : A dose normale ils permettent de traiter une dépression atypique qui est souvent une conséquence des échecs à répétition dus au TDA/H Ils permettent aussi de traiter l'hypersensibilité et l'anxiété, peuvent éviter un burnout ou en sortir assez rapidement. 25% des adultes TDA/H ont aussi de vraies dépressions, 25% ont une véritable anxiété généralisée. Or ces 2 troubles psychiatriques majeurs provoquent aussi une baisse générale de l'attention, et le praticien TDA/H peut juger qu'il est préférable de les traiter en priorité avec ce type de médicaments (Antidépresseur) . Les principaux effets secondaires des antidépresseurs sont la baisse de la libido et aussi un sommeil un peu moins récupérateur. Il peut y avoir d'autres effets secondaires (nausée, vertige, ...) les premiers jours qui disparaissent ensuite.

■ L'effet des premiers jours d'un anti-dépresseur n'est pas nécessairement l'effet définitif au bout d'un mois. Les adultes TDA/H, très sensibles au niveau des neurotransmetteur (dopamines, noradrenaline, sérotonine), peuvent ressentir une euphorie ou un soulagement de leur anxiété sociale dès le premier jour, mais qui peut se transformer rapidement en sensation d'apathie, ou il est difficile d'aller de l'avant, même si cela soulage la souffrance psychique. Il peut s'en suivre une procrastination encore plus grande ou une stagnation dans ces projets si on n'a pas un emploi du temps déjà bien rempli à ce moment là. Les effets secondaires des premiers jours disparaissent souvent au bout d'une semaine et l'effet définitif est réellement là au bout de quelques semaines donc on doit être un peu patient sauf si c'est insupportable. La molécule doit être prise tous les jours pendant 3 à 6 mois s'il s'agit d'une vraie dépression et pour que celle-ci baisse vraiment, sinon ces molécules peuvent intéressantes quelques semaines seulement pour se rassurer et remonter son niveau d'énergie et d'humeur. Ce sera encore plus efficace si une thérapie est engagée en parallèle car on acquiert une nouvelle lucidité pendant la prise de ces médicaments. Il est possible de prendre un antidépresseur pour améliorer l'humeur, puis y ajouter le méthylphénidate pour améliorer l'attention, bien que les cocktails de médicaments sont à éviter si possible, Certains sont obligés de prendre un anti-dépresseur à vie même à faible dose pour stabiliser leurs émotions, mais pour la plupart des gens il faut essayer de les stopper le plus tôt possible, car au bout de quelques semestres leurs actions positives peut

décroître progressivement. Entre temps, on peut en avoir développé une addiction psychologique, on augmente le dosage et donc les effets secondaires, et on se retrouve dans un cercle vicieux où le médicament devient le facteur principal de la dépression en lui-même. Certains anti-dépresseurs sont plus addictifs et il faudra les arrêter progressivement en baissant le dosage. Si une molécule ne marche pas, une 2ème puis une 3ème est souvent essayée par le médecin car l'efficacité de chaque molécule est très différent d'une personne à l'autre et de manière imprévisible (changement de métabolite ou de famille d'anti-dépresseur).

■ Environ 10% des personnes diagnostiquées TDA/H combinent ce syndrome avec un trouble bipolaire classique, et peut-être encore 20% sous une forme atténuée, la cyclothymie, qui correspond à des variations très rapides de l'humeur (alternances d'euphorie, de tristesse et d'irritabilité dans la même semaine). La prise d'antidépresseurs peut être dangereuse pour toute personne bipolaire ou cyclothymique : après un effet agréable souvent très rapide, elle peut déboucher sur une phase d'excitation exagérée (l'hypomanie) qui sera suivie à son tour d'un rebond dépressif encore plus grave et faire surgir un trouble bipolaire là où il n'y en avait pas auparavant (Type bipolaire type 4), ou encore aggraver un trouble existant en provoquant des cycles encore plus rapides et plus violents ! En fait, les spécialistes ont plutôt tendance à orienter en priorité les personnes bipolaires ou à risque bipolaire vers des médicaments de la famille des thymo-régulateurs (cf. plus bas) qui permettront de réduire les fluctuations d'humeur, même s'ils ne sont pas non plus dénués d'inconvénients.

■ Attention aussi, les antidépresseurs (souvent prescrit par les généralistes) peuvent aussi pousser les patients suicidaires à passer à l'acte dans les premiers jours du traitement, les médecins savent qu'il est souvent nécessaire d'accompagner ces molécules avec une thérapie ou un anxiolytique pendant quelques semaines. Les antidépresseurs peuvent aussi aggraver ou déclencher une irritabilité, voire une agressivité chronique chez certaines personnes à risque. Par ailleurs, il est parfois difficile, surtout chez les personnalités sensibles, d'arrêter certains antidépresseurs sans ressentir un effet rebond : rechute dépressive ou irritable liée au manque de sérotonine. Il est donc recommandé aux adultes qui se reconnaissent dans les symptômes décrits dans ce site d'être prudent quand on prend un antidépresseur sur la seule base d'une ordonnance établie par un psychiatre non spécialiste du TDA/H, surtout si l'ordonnance est établie par un médecin généraliste. Donc avant d'aller sur cette voie un peu risquée, on peut commencer par essayer les deux plantes ayant un effet antidépresseur, à savoir le millepertuis (Saint John's Wort et la Griffonia (5 HTP) disponible en pharmacie, magasin diététique ou internet (certains produits mélangent les 2 plantes plus d'autres). Il faut admettre aussi que l'état dépressif est un état normal lors de certaines étapes ou événements difficiles de sa vie, Le fait de ne pas l'accepter et de croire qu'on ne va pas s'en sortir peut entraîner la vraie dépression. Il faut l'accepter momentanément même si c'est très douloureux car cela nous permet de plonger au plus profond de nous même pour trouver souvent des vraies solutions qui nous font évoluer positivement de façon durable en nous rendant plus fort. Si ce n'est pas le cas ou bout de quelques mois, l'antidépresseur est alors intéressant quelque temps pour remonter notre niveau d'humeur et nous redonner de l'énergie et de l'attention. Pour certains adultes TDA/H l'effet est très spectaculaire les premiers jours, l'effet placebo prend ensuite le relais quelques semaines grâce à une nouvelle confiance en soi artificielle, puis cela ne marche

plus du jour au lendemain car des pensées négatives réapparaissent, en plongeant la personne dans une nostalgie de cette période magique, qui ne lui donne plus envie de trouver d'autres solutions pérenne qui demandent des efforts.

■ Antidépresseurs agissant sur la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine

■ La catégorie d'antidépresseur la plus intéressante pour le TDA/H est ce qu'on appelle les SNRI (ou IRSN) qui sont des inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et la sérotonine. C'est la catégorie la plus récente des anti-dépresseurs, ils s'appellent **Effexor** (venlafaxine) et **Cymbalta** (duloxétine) et dans certains pays **Pristiq** (Desvenlafaxine) qui est une forme épurée de la venlafaxine. Selon le dosage, ils traitent l'anxiété, puis la dépression, puis le TDA/H, dans une moindre mesure car ils n'agissent sur la noradrénaline et la dopamine qu'à partir d'un certain dosage. Ils sont assez addictifs et leur arrêt doit se faire par palier. L'**Effexor** est depuis plus de 20 ans le médicament de choix des praticiens pour le TDA/H adulte quand il y a une forte comorbidité (Anxiété, Humeur labile, addictions, agressivité). L'action sur la noradrénaline n'est perceptible qu'à une dose assez élevée avec ce médicament, il y a même une action sur la dopamine mais seulement avec une dose très élevée ce qui augmentera malheureusement tous les effets secondaires de ce médicament qui sont nombreux. Le **Cymbalta**, beaucoup plus récent (2010 en France), est de plus en plus prescrit. Il permet de soigner certaines dépressions rebelles et il calme les douleurs neuropathiques et fibromalgie que l'on retrouve parfois chez les adultes TDA/H. Il a un effet sur la noradrénaline important à la dose minimum commerciale, ce qui évite ses très nombreux effets secondaires à plus forte dose, ainsi que des effets négatifs pouvant être très désagréables lors de son arrêt, car on doit le redescendre par palier, plus que tous les autres AD. Pour ces 2 molécules (venlafaxine et duloxétine) la recherche du dosage idéal et l'arrêt de ces deux molécules doit être fait très progressivement en commençant par la dose commerciale la plus faible pendant quelques jours, et celle-ci suffit la plupart du temps. Il est bon de se méfier d'un médecin qui ne respectera pas ces règles et qui déciderait tout de suite un dosage supérieur à la dose commerciale minimum. Ne pas oublier qu'un psychotrope (stimulant, anti-dépresseur, ...) à forte dose sur une longue période risque de produire à terme des problèmes dans votre organisme et dans votre vie plus important que les problèmes qu'il était censé résoudre à la base.

■ D'autres antidépresseurs (ni SSRI ni SNRI) ont été reconnus comme pouvant être bénéfique pour le TDA/H avec comorbidités :

- Le **Remeron** ou **Norset** (Mirtazapine) est classé comme antidépresseur noradrénergique et sérotoninergique spécifique (ANSS). Assez récent dans la pharmacopée du TDA/H, proche des tricycliques avec moins d'effets secondaires, il semble donner d'assez bons résultats pour des personnes qui ont aussi des troubles du sommeil, un manque d'appétit et un manque d'intérêt dans leurs activités préférées. Mais comme toujours avec des effets secondaires notamment sur le sommeil (trop ou pas assez) et une augmentation exagérée de l'appétit qui peut entraîner un surpoids. Dans certains pays, le **Norpramin** (Desipramine), tricyclique de 1ère génération, est disponible et prescrit pour le TDA/H. Il conserve un intérêt car il est très stimulant, donc à petite dose il peut traiter le TDA/H sans être pollué par ses très nombreux effets secondaires.
- Le **Wellbutrin** ou **Zyban** (Bupropion) est classé comme Inhibiteur de la recapture de

la noradrénaline et de la dopamine (IRND) antidépresseur en Amérique (sous le nom Wellbutrin) , plus spécifique pour le TDA/H car il est assez stimulant. En Europe on le trouve sous l'appellation **Zyban** et il est prescrit pour l'arrêt de la cigarette dans certains cas (non AMM), l'occasion de faire une pierre deux coups pour les fumeurs TDA/H ! Il a toutefois beaucoup des effets secondaires et son coté stimulant a beaucoup d'inconvénients à moyen terme.

■ Antidépresseurs agissants sur la sérotonine uniquement

■ Une autre catégorie d'antidépresseurs plus ancienne (~1980) mais relativement moderne est ce qu'on appelle les SSRI (ou ISRS) qui sont des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Il n'ont pas de vertu propre au TDAH mais peuvent être intéressants pour les comorbidités associées (Dépression, Anxiété). Du plus énergétique au plus calmant, ils s'appellent **Prozac** (fluoxétine), **Zoloft** (sertraline), **Seroplex ou Lexapro** (escitalopram), **Seropram ou celexa** (citalopram) et **Deroxat ou paxil** (paroxétine). Les 3 dernières molécules ont en plus un effet sur l'anxiété sociale mais la paroxétine est un peu plus addictive. La molécule escitalopram est le SSRI qui a le moins d'effet secondaire dans cette catégorie, et à ce titre elle est souvent prescrite en première intention. Certains se prennent en goutte pour se limiter à 1/4 ou 1/8 de dose, ce qui peut être suffisant pour faire baisser l'hypersensibilité ou le stress s'il n'y a pas de dépression associée. Ils n'améliorent pas l'attention sauf si la déprime, le stress ou l'anxiété sont paralysants. La régulation de l'humeur ou de l'hypersensibilité peut être intéressante (voir aussi plus bas les thymorégulateurs) pour sortir la tête de l'eau, mais cela freinera aussi notre capacité d'entreprendre et ils peuvent donc avoir un effet secondaire très gênant qui est l'augmentation de la procrastination (je me sens assez bien donc pourquoi je m'obligerais à faire ...).

■ Autres médicaments (régulateurs d'humeur , anti-hypertenseurs et neuroleptiques)

■ Certaines formes de TDAH impulsives et colériques peuvent se soigner avec des antiépileptiques (**depakote, depakine ou depakene , tegretol**). Ceux-ci sont aussi parfois prescrits pour les personnes bipolaires à forte période de type maniaque sans être très efficaces pour les épisodes dépressifs. Comme il a été vu plus haut à propos des antidépresseurs, pour les adultes TDAH qui ont des grands changements d'humeur fréquents (cyclothymie) ou non fréquents (trouble bipolaire), un thymorégulateur à base de **lithium (Carbolith, Duralith, Lithane)**, si possible à faible dose, peut être le médicament le mieux adapté car il est assez bien toléré. Quelquefois un dosage très faible peut-être suffisant pour rendre plus confortable la vie de ces personnes. Le lithium n'a pas trop d'effets secondaires s'il a pris au bon dosage et il est souvent sous-estimé parmi les solutions offertes aux adultes TDAH qui ont des gros changements d'humeurs. Enfin, un régulateur d'humeur et antiépileptique plus récent, le **lamictal** (lamotrigine) est plus efficace pour les phases dépressives des personnes bipolaires qui sont moins gênés par leurs phases maniaques, mais moins souvent prescrits chez les adultes TDAH bipolaires.

■ La **Clonidine** et la **Guanfacine** sont des molécules qui sont de plus en plus prescrites pour traiter le TDA/H. On les recommande, souvent en concomitance avec le méthylphénidate, pour les jeunes qui sont très excitables, hyperactifs, impulsifs, défiants, irritables, explosifs et d'une humeur labile. Elle pourrait aussi réduire les symptômes d'agressivité. Un autre avantage de ces molécules est qu'elle peut réduire l'insomnie souvent liée aux stimulants lorsqu'elle est prescrite en combinaison avec des psychostimulants comme le méthylphénidate. Mais comme toujours, on doit réfléchir à d'autres solutions de type éducative ou thérapeutique avant de prescrire une combinaison de plusieurs médicaments qui ont des effets secondaires malsains sur tout l'organisme.

■ Enfin, sauf pour les psychoses aiguës pour lesquelles ils sont conçus comme la schizophrénie, il y a la vaste catégorie des neuroleptiques, dont il faut se méfier car ils peuvent être rapidement destructeurs. Ceux-ci sont parfois utilisés comme camisole de force chimique, pour des adultes TDA/H très impulsifs en grande crise émotionnelle, souvent à tort par des médecins désemparés, éventuellement lors d'internement forcé en hôpital psychiatrique comme cela se faisait beaucoup il y a quelques décennies. A cette époque, bien qu'on ait aucune preuve, beaucoup d'adultes TDA/H ont dû ainsi se retrouver dans des "asiles de fou" comme on disait, et le devenaient sans doute réellement en perdant contact avec leur liberté. Donc soyez vigilants si un médecin qui vous prescrit en première intention un neuroleptique comme le Risperdal ou le Tercian.

■ **Narcolepsie/hypersomnie ou problème sommeil (Pb d'endormissement, réveil nocturne, qualité)**

■ Certains adultes TDA/H cumulent des problèmes de narcolepsie c'est à dire d'endormissements courts et intempestifs en journée avec éventuellement une perte brusque de tonus musculaire (cataplexie). D'autres (ou les mêmes) ont des problèmes d'hypersomnie c'est à dire des besoins de longues nuits qui se terminent souvent par un difficile réveil suivi d'une journée avec un gros déficit d'attention. Le méthylphénidate (**ritaline, concerta**) peut être efficace pour réguler leur cycle de sommeil en évitant la narcolepsie. Officiellement c'est d'ailleurs la seule indication de cette molécule pour l'adulte dans certains pays (France,...), car souvenez-vous le TDA/H disparaît officiellement à 12 ans ... D'autres praticiens lui préfèrent le **modafinil** qui retarde ou régule le sommeil sans le côté stimulant, son dosage doit être aussi strictement conseillé et suivi par un médecin spécialiste de cette molécule.

■ Beaucoup d'adultes TDA/H ont des problèmes de sommeil ou de qualité de sommeil. La qualité du sommeil est tellement importante pour notre attention que certains praticiens préfèrent la traiter en priorité avec un examen d'enregistrement du sommeil. Certains ont une apnée du sommeil (plus liée à une surcharge pondérale que l'on retrouve chez beaucoup d'adultes TDA/H), ou syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SOAS), qui peut se diagnostiquer chez un pneumologue, qui leur prescrira souvent un traitement non médicamenteux basé sur un équipement contenu dans une valise portable, et qui délivrera toute la nuit une pression d'air continue à travers un masque (pas facile à supporter). Citons aussi le somnambulisme, le bruxisme (grincement des dents), les terreurs nocturnes, ...

■ Avant de parler de molécules chimiques pour le sommeil, signalons la **mélatonine**. C'est l'hormone du sommeil que l'on retrouve en complément alimentaire ou en pharmacie, et qui peut améliorer naturellement la qualité du sommeil ou résoudre un problème ponctuel d'endormissement. Elle se présente sous deux formes, sa forme normale qui agit immédiatement, surtout si elle est sublingual (à faire fondre sous la langue) en agissant environ 3h, et sous sa forme prolongée qui agit toute la nuit. A partir d'un certain âge, on peut manquer de mélatonine (50 ou 60 ans) et un usage régulier de doses modérées et progressives (1mg de plus tous les 10 ans) peut-être conseillé pour améliorer la qualité du sommeil et de ses cycles, elle est donc dans ce cas utilisée comme hypnotique tous les jours. En France la mélatonine prolongée est sous prescription (Circadin), et la normale en vente libre dans une même pharmacie (on se demande pourquoi !). Pour les plus jeunes, l'usage occasionnel de la mélatonine a un intérêt aussi, quand on se couche trop tard, quand on n'arrive pas à s'endormir à partir de 1h du matin par exemple, ou quand on se réveille sans pouvoir se rendormir vers 3 ou 4 heures du matin. On s'en sert alors comme inducteur de sommeil et pour améliorer la qualité du premier cycle de sommeil après l'endormissement ce qui compense le fait de s'être couché tard ou de ne pas pouvoir s'endormir. On se réveille le matin presque aussi frais que si on s'était endormi à 11H si c'est occasionnel. Pour certains cela fait l'effet l'effet l'inverse surtout s'ils prennent des grosses doses (3mg), et ils se réveillent avec une sensation désagréable. Dans tous les cas, si on a moins de 50 ans, il vaut mieux éviter d'en prendre tous les jours, car cela peut perturber les cycles naturels du sommeil. Certains médecins spécialistes du sommeil la prescrivent tous les jours à des adolescents et jeunes adultes TDA/H qui ont un syndrome de retard de sommeil (SRPS), très agités le soir, donc incapable de trouver le sommeil, ils peuvent donc prendre une prise régulière le temps de résoudre ce syndrome avec une nouvelle habitude acquise ainsi. Attention quand même aux doses de 9mg prescrites en première intention par certains médecins. Pour ceux qui travaillent la nuit, il peut être prescrit une dose de 3 mg le matin avant l'endormissement pour optimiser la qualité du sommeil matinal afin d'être moins dans le pâté durant l'après-midi. Pour le décalage horaire causé par un voyage en avion (Jet-Lag), on peut aussi l'utiliser mais des études récentes montrent que le résultat n'est pas si bon et qu'il vaut mieux privilégier de fentre dans le nouveau fuseau horaire de manière progressive en se couchant plus tôt ou plus tard. D'une manière générale, comme toute molécule ingérée, même s'il s'agit d'une hormone naturelle, il est préférable d'essayer d'abord des dosages légers. Malheureusement on trouve souvent la mélatonine conditionnée à 3mg, il est préférable de l'acheter en cachet de 1mg, et sous sa forme normale sublingual, casser en deux chaque cachet, laisser les doses de 0.5 mg sur la table de nuit et l'utiliser jusqu'à 2 fois par semaine de la manière suivante, pour un jeune adulte, en supposant que l'heure d'endormissement habituelle soit 23H00 :

-> Minuit : 0.5mg -> 1H du matin : 1 mg -> 2H du matin : 1.5 mg 3H du matin : 2 mg (si réveil à 3H ou 4H du matin -> 0.5mg à 1mg)

■ Pour les problèmes plus grave d'endormissement ou d'éveil nocturne prolongé, après avoir essayé des mesures d'hygiène de vie et éventuellement la mélatonine, il y a un registre plus chimique mais respectueux de la qualité du sommeil, et sans effets secondaires à doses normales (sauf cauchemars pour certains), à savoir les 2 seuls hypnotiques de la pharmacopée, le **zopiclone** ou **imovane** (durée d'action 6 heures) et le **zolpidem** ou **stilnox** (3 heures). Certains les utilisent au besoin, seulement lors de réveils précoces prolongé, ou certains soirs la veille de journées importantes. Ces 2

hypnotiques peuvent améliorer la qualité du sommeil souvent défectueuse chez nous, mais ils sont sous prescription très contrôlée car leur danger réside dans le fait qu'on peut en devenir dépendant pour trouver le sommeil, et surtout devoir augmenter les doses pour que cela continue de fonctionner, surtout si on ne met pas en place avant d'autres stratégies plus naturelle pour améliorer le sommeil. Donc ces 2 hypnotiques, malgré tout intéressants, ne devraient être évoqués à son médecin que lorsqu'on a essayé toutes les autres stratégies pour améliorer le sommeil (voir plus loin dans le tableau de solutions). Pour des insomnies liées à une forte anxiété, un anxiolytique benzodiazépine classique (voir paragraphe plus bas) pourra occasionnellement permettre de casser un cycle de mauvais sommeil fragmenté avec réveil anxieux et ruminations, telle une béquille d'urgence, mais en évitant scrupuleusement de s'habituer à le prendre plusieurs nuits consécutives. Pour des insomnies encore plus tenaces, il y a d'autres hypnotiques mais dans la catégorie benzodiazépine (non respect de la qualité du sommeil) et avec une durée d'action plus longue donc qui se prolonge dans la journée, comme l'**Havlane** (8h) ou **Noctamine** (10h). Certains spécialistes prescrivent des neuroleptiques hypnotiques comme le **tercian**, à plus faible dose que pour les psychoses, mais qui assomment quand même le lendemain, donc à éviter sauf période très difficile. Signalons que les médecins préfèrent souvent prescrire la doxylamine (**Donormyl**, Lidene, Noctyl), disponible celui-ci sans prescription, mais qui ne respecte malheureusement pas du tout la qualité du sommeil, donc pas bon pour l'attention le lendemain, sans parler des effets secondaires tels que la bouche sèche. On retrouve malheureusement aussi cette molécule dans les médicaments contre le rhume (cachets de nuit).

■ Citons aussi le syndrome des jambes sans repos (SJSR), 8% de la population, dont l'association avec le TDAH est important (25%). Il se caractérise par une sensation de douleur, fourmillement ou brûlure et l'envie de bouger les jambes spécialement dans le lit (PLMS) ou ces personnes dorment sans drap ni couverture en dessous du genou. Cela peut ainsi altérer la qualité du sommeil et augmenter tous les symptômes du TDA/H. Les médicaments pour le SJSR les plus efficaces sont souvent les antiparkinsoniens à faible dose (le seul à avoir l'AMM en France est le **ropinirole**).

■ **Spécifiques** anxiété, trouble panique, trac

■ Il s'agit de médicaments qui agissent sur un neurotransmetteur, le GABA, qui agit directement sur l'anxiété et la souffrance psychique. En dehors d'une période d'anxiété majeure, il est important de **se méfier d'une utilisation régulière des Anxiolytiques Benzodiazépine (valium, lexomil, xanax, temesta, lysanxia, veratran, ...)**, qui sont souvent prescrits aussi pour l'endormissement mais qui détériorent la qualité du sommeil et la mémoire, tout en étant très addictifs. Des études récentes indiquent même qu'ils pourraient favoriser l'apparition de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démences séniles. Attendez donc d'être très vieux pour les prendre car ils diminuent en effet les souffrances psychiques liées à la vieillesse et la fin de vie. Pour revenir sur l'anxiété des TDA/H, qui est souvent une anxiété de performance, une inquiétude temporaire ou irrégulière, certains adultes gardent juste un de ces comprimé Benzodiazépine dans leur poche, cela les rassure et diminue le niveau général d'inquiétude, et la plupart du temps ils n'en ont pas besoin. En cas de forte inquiétude ils en prennent un (ou un demi ou quart), ce qui va augmenter leur attention de par la diminution de leur pollution anxieuse. Pour ce type d'utilisation, le **veratran** est le plus

approprié car il a la demi-vie la plus courte (4 heures) et commence à être préféré par les médecins par rapport au lexomil dont les effets abrutissant durent plus longtemps (20 heures). Pour un traitement régulier, si c'est vraiment nécessaire pendant une période car l'anxiété trop forte accentue le TDA/H, votre médecin privilégiera sans doute des dosages très faibles.

■ Pour finir avec ce chapitre anxiété, en dehors des Benzodiazépines comme on vient de le voir, il y a les antidépresseurs SSRI ou SNRI (vus plus haut) qui sont sans contexte de meilleures solutions sur le long terme, car ils sont moins addictifs et ont moins d'effets négatifs cognitifs, avec toutes les réserves que l'on a vu plus haut (paragraphe antidépresseur) pour les personnes bipolaires et cyclothymiques. L'**effexor** à la dose minimale est le plus souvent prescrits aux adultes TDA/H, quelques gouttes de la plupart des SSRI (1/4 de dose normale) sont efficaces aussi pour l'anxiété ou l'inquiétude exagérée des adultes TDA/H, mais ils n'agissent réellement qu'au bout de quelques jours et ne doivent pas être utilisés en urgence donc. Citons aussi le **buspirone**, peu dangereux car c'est un anxiolytique non benzodiazépine, mais qui n'agit pas immédiatement non plus. Enfin pour les très fortes anxiétés ou phobies sociales, certains neuroleptiques sont parfois prescrits.

■ Pour le trouble panique qui est une forme de peur et d'anxiété très intense et sans raisons apparentes, les mêmes traitements sont valables. Si c'est occasionnel et lié à une situation très précise, ce peut être simplement du trac (examens, discours, rencontre amoureuse...), on peut commencer par du Gelsénium en homéopathie, et si cela reste un problème majeur, on peut parler à son médecin de l'opportunité d'essayer un bêtabloquant comme l'**avlocardyl**. Ces bêta bloquants sont des hypotenseurs donc sont compatibles avec le méthylphénidate qui au contraire augmente les pulsations cardiaques.