

Devenir à l'âge adulte du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (ADHD): aspects épidémiologiques et cliniques

■ C. Schlösser, A. Kovacs, F. Ferrero

Département universitaire de psychiatrie, Clinique de psychiatrie adulte, HUG, Chêne-Bourg

Summary

Schlösser C, Kovacs A, Ferrero F. [Outcome of ADHD syndrome in adulthood: epidemiological and clinical aspects.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2002;153:29–36.

This paper highlights the existence of ADHD syndrome in adults and presents its different epidemiological and clinical aspects. Many recent works, mainly from North-American Research centres, have put forward the possibility of the persistence of this syndrome until adulthood. In prospective studies and in family surveys they evaluated the importance of genetic factors and certain comorbidities as well as the increased risk for these patients to develop antisocial personality disorder or drug abuse later on in their life. Researchers estimate that 30 to 50% of adults diagnosed with ADHD during childhood will continue to have problems as adults and will report symptoms acute enough to cause impairment in daily functioning. In families with children suffering from ADHD there is a 5 to 10 times higher probability to find parents with ADHD than in controls. These children with family risk factors are more prone to develop antisocial personality, possibly reflecting an ADHD subtype with a poorer prognosis.

The diagnostic interview in the adult ADHD patient should not only look for the typical symptoms as described in the DSM-IV criteria for ADHD, as these tend to be moderated by adult coping strategies, hiding the underlying persistent syndrome. Furthermore, low self-esteem and underdeveloped social skills due to life-long ADHD can lead to use of drugs or alcohol to overcome these difficulties. As the risk for psychiatric dis-

orders increases with age, most of the patients with persisting ADHD present with a co-morbidity such as coexisting depression, anxiety and other psychiatric disorders. Ratey et al. found that all of the adult ADHD patients studied had primarily been diagnosed with another psychiatric disorder: 47% with different forms of depression, 15% with anxiety, 15% with eating disorder, insomnia or somatisation disorder and 15% with substance abuse. This makes differential diagnosis more difficult and requires careful evaluation.

Asking the adult patient about the presence of ADHD during childhood is an essential part of the diagnostic interview, but patients often cannot recall their own turbulent behaviour as kids. The parents (if available) can give more accurate answers, whether the child was moving around all the time, interrupting conversations, having difficulties in school or making friends. In the adult ADHD patient the clinician should look for behaviours or thinking patterns in daily functioning which reflect inattention or impulsivity such as: inability to complete tasks; difficulties sustaining attention and making decisions; frequent changing of jobs; intolerance to anger, stress or frustration; feelings of restlessness and/or irritability; frequent marital problems. The UTAH criteria for ADHD in adults are a valuable instrument to help diagnosing the syndrome.

Although there are only few well-controlled treatment trials in adults with ADHD, stimulants seem to be the drug of choice. Newer antidepressants can act favourably on coexisting depression and anxiety. Methylphenidate acts on dopamine and norepinephrin circuits in the frontal cortex, enhancing control of impulsivity: ADHD patients, in contrast to current beliefs, calm down with stimulants when gaining capacity to focus their attention and inhibit unwanted stimuli or responses. Optimal response has been shown with multimodal treatments, e.g. combining stimulants, specific cognitive behavioural therapy and social skills training.

Keywords: attention deficit; hyperactivity disorder (ADHD); evolution; epidemiology; adults

Correspondance:
Pr François Ferrero
Département universitaire de psychiatrie
Clinique de psychiatrie adulte
HUG
CH-1225 Chêne-Bourg
e-mail: francois.ferrero@hcuge.ch

Introduction

La psychiatrie européenne, si encline depuis quelques années à chercher ses modèles outre-Atlantique, semble ignorer encore largement l'existence du trouble ADHD chez l'adulte. Comme le suggère Deonna¹, faut-il y voir la marque d'un fossé culturel qui «a longtemps opposé les spécialistes d'enfants concernant le syndrome ADHD aux Etats-Unis et en Europe»?

Ce travail se donne comme buts d'attirer l'attention sur l'existence du syndrome ADHD chez l'adulte et d'en présenter les différents aspects épidémiologiques et cliniques, tout en soulignant les difficultés à poser ce diagnostic.

Vignette clinique d'un ADHD adulte

M. C. W. a 28 ans lorsqu'il consulte un psychiatre pour la première fois de sa vie. Il a été victime d'un accident de moto 3 semaines auparavant et a dû être hospitalisé dans un service d'orthopédie. Informaticien de profession, il est actuellement en congé maladie. Ces dernières semaines, il a progressivement développé une symptomatologie dépressive, avec tristesse, troubles du sommeil et de l'appétit, perte d'intérêt. L'anamnèse révèle qu'il a déjà présenté ce genre de symptômes à l'adolescence. A cette période, il avait interrompu ses études, étant donné les difficultés scolaires qu'il rencontrait depuis plusieurs années. Il s'était alors mis à consommer régulièrement du cannabis et de l'alcool et à avoir une vie nocturne et «agitée». Dans les années qui ont suivi, il a occupé plusieurs emplois temporaires, mais a dû les quitter suite aux difficultés à remplir ses tâches. Finalement, il a eu l'opportunité de suivre une formation d'informaticien et travaille depuis comme consultant indépendant. Il dit avoir peu de tolérance par rapport aux contraintes en général, et se sentir mieux dans sa peau depuis qu'il a un statut d'indépendant. Il est également satisfait de pouvoir en partie travailler à la maison, car il parvient mieux à se concentrer lorsqu'il est seul au calme.

Il se décrit comme quelqu'un de très actif, «speed», incapable de rester tranquille et supportant particulièrement mal de se sentir limité à cause de son plâtre. Ses occupations de loisirs habituelles sont le jogging, les jeux vidéo et Internet. Il sort beaucoup et continue à consommer du cannabis de façon presque quotidienne. Il a quelques amis, mais reconnaît avoir des difficultés à maintenir une relation sentimentale à long terme,

1 Communication personnelle.

ce qu'il met sur le compte de sa labilité d'humeur et d'une certaine irritabilité. Il se dit «difficile à vivre», impatient, se mettant facilement en colère.

Devant un tableau clinique et psychologique aussi complexe, le clinicien ne pensera sans doute pas à un trouble ADHD, à moins d'avoir intégré les caractéristiques anamnestiques et cliniques de ce trouble dans le cadre de son diagnostic différentiel.

Evolution du trouble ADHD

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité chez l'enfant (ADHD) a été largement étudié et documenté au cours des dernières décennies depuis la première description en 1941 [1]. Avant de correspondre à un trouble homogène répondant à des critères diagnostiques précis (selon le DSM-IV), la situation était assez confuse. Ce trouble correspondait plus ou moins au trouble cérébral «minime», syndrome de comportement hyperkinétique ou de dysfonction cérébrale «minime», entités diagnostiques qui incluaient nombre d'enfants qui avaient souffert de lésions cérébrales périnatales ou infantiles ou de troubles neurologiques. Si l'on peut estimer aujourd'hui que le taux de prévalence de ce trouble se situe entre 3 et 5% des enfants d'âge scolaire, les données épidémiologiques à l'adolescence et à l'âge adulte sont cependant trop rares pour permettre des conclusions fiables.

L'un des travaux pionniers est celui de Laufer et Denhoff, 1957 [2], qui font l'hypothèse que ce syndrome tendrait à disparaître spontanément. Les auteurs précisent alors qu'ils n'ont jamais vu de patient dont la pathologie se soit maintenue à l'âge adulte (!). Ce travail présente également beaucoup d'intérêt dans sa partie thérapeutique et souligne non seulement l'efficacité d'un traitement amphétaminique, mais aussi son utilité pour confirmer un diagnostic. On appréciera la place accordée par ces auteurs au soutien des parents, ainsi qu'à la psychothérapie des enfants. Ils concluent d'ailleurs que «si l'amphétamine a un rôle spécifique, elle n'est pourtant pas un substitut à la psychothérapie». Cinq ans plus tard, le même auteur (Laufer) [3] revient sur ses premières conclusions et décrit quelques observations cliniques de patients hyperactifs dont la psychopathologie se poursuit à l'âge adulte. La première étude consacrée au suivi d'enfants hyperactifs jusqu'à l'âge adulte [4] indique des résultats particulièrement inquiétants et on commence dès lors à s'interroger sur l'influence que peut avoir un tel trouble d'un point de vue psychiatrique chez l'adulte. Laufer [5] a trouvé

que chez 100 patients diagnostiqués comme hyperactifs au cours de l'enfance, le syndrome d'hyperactivité avait disparu chez 61 % d'entre eux.

Il ne s'agissait jusque-là que de données provenant d'études rétrospectives à la méthodologie discutable et comme le souligne Weiss [6], ces premières indications devaient être confirmées par des études contrôlées. Les informations concernant le devenir à l'âge adulte de ces enfants proviennent essentiellement de trois centres nord-américains: celui de Montréal [7], de Iowa [8] et de New York [9-13]. Bien que d'autres études intéressantes aient été publiées et, en particulier, par un groupe de Boston [14], on ne retrouve malheureusement aucune étude européenne comparable.

Weiss et al. [6] ont mené la première étude prospective avec un groupe contrôle. Dans leur cohorte de 75 enfants souffrant de ADHD, réévalués à un âge moyen de 19 ans, seule une minorité a développé une psychopathologie sévère (2 enfants) ou un comportement antisocial (5 enfants).

Six ans plus tard, les mêmes auteurs [7] ont publié les résultats du devenir de ces enfants dont l'âge moyen est alors de 25 ans; 25% des probands présentent un trouble de la personnalité antisociale comparés à 2,4% des témoins. On note une différence significative entre les deux groupes, en particulier pour les diagnostics de trouble anxieux (troubles phobiques), de tentatives de suicide, de problèmes sexuels et de troubles de somatisation. On note ainsi une augmentation de la morbidité psychiatrique par rapport à l'évaluation précédente, alors que la moitié des probands présente encore des symptômes plus ou moins invalidants de ADHD. A noter que cette étude n'a pas été menée en aveugle.

De leur côté, Gittelman et al. [9] ont comparé l'évolution à un âge moyen de 18 ans de 101 garçons souffrant de ADHD inclus entre 6 et 12 ans avec un groupe de 100 contrôles. 31% des probands présentent toujours un diagnostic de ADHD et 9% supplémentaires souffrent d'une symptomatologie résiduelle ou partielle; 27% souffrent d'un trouble de la personnalité antisociale comparé à 8% des contrôles; 16% des probands et 3% des contrôles souffrent d'un abus de drogues. Ces diagnostics touchent principalement les probands présentant une symptomatologie ADHD persistante. On retrouve par contre moins d'épisodes dépressifs chez les probands que chez les témoins au cours de la période de suivi.

Klein et al. [15] ont réévalué ces probands sept ans plus tard, à un âge moyen de 25 ans, et ont trouvé un taux de 18 versus 2% de personnalité

antisociale et 16% d'abus de substances illicites, avec une comorbidité significative entre ces deux troubles; 11% présentent encore une symptomatologie ADHD handicapante contre 3% des contrôles. Les niveaux d'éducation et professionnel sont plus bas chez les probands, sans influence toutefois sur le taux de chômage. Cette étude n'a pas mis en évidence une augmentation des taux de troubles anxieux ou de troubles de l'humeur chez les adultes ayant souffert d'un trouble ADHD dans l'enfance.

Le même groupe de chercheurs a mené une étude parallèle [10] auprès d'un collectif d'enfants ADHD suivi jusqu'à un âge moyen de 18 ans dans le but de comparer leur évolution avec celle de leur frère: 28% des probands souffraient d'un trouble de la personnalité antisociale, comparés à 18% du groupe des frères et 12% du groupe contrôle. Une nouvelle évaluation menée six ans plus tard [13], soit à un âge moyen de 24 ans, montre que 33% souffrent d'un trouble mental par comparaison avec 19% du groupe contrôle. Les deux troubles les plus fréquents sont le trouble de personnalité antisociale (12 vs 3%) et le trouble utilisation de substances non alcooliques (12 vs 4%). Les troubles de l'humeur comme les troubles anxieux n'apparaissent pas significativement différents dans les deux groupes.

Ces études prospectives, menées à partir de cohortes d'enfants ayant souffert de ADHD jusqu'à l'âge adulte, tendent à montrer une évolution vers des psychopathologies précises, avant tout un trouble de la personnalité antisociale ou une toxicomanie, avec une persistance du trouble ADHD chez un certain nombre de probands. De façon générale, ces études ne parlent pas en faveur d'une comorbidité du trouble ADHD avec les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur, une seule étude prospective [16] faisant exception sur ce point.

Concernant la méthodologie de ces études prospectives, même s'il n'existe pas de «gold standard», il est probable que des biais tels que effets de cohorte, différences provenant de la formation ou de l'orientation des interviewers ou encore, caractéristiques propres aux groupes contrôles, influencent, d'une manière ou d'une autre, les résultats.

Etudes familiales

Depuis le début des années 1970 [17], il paraît de plus en plus évident que parmi les parents et frères d'enfants ADHD, un bon nombre a également présenté le même genre de symptômes dans l'enfance, ce qui pose la question de l'hérédité de ce trouble.

Tableau 1

caractéristiques anamnestiques du syndrome ADHD chez l'adulte

- 1 Mauvaises performances académiques, placement dans une école spécialisée dans l'enfance, difficultés dans l'apprentissage de la lecture et de l'orthographe (difficultés actuelles dans la lecture et l'orthographe), notes plus basses que prévues par rapport à l'intelligence, a quitté ou a été recalé durant la scolarité post-obligatoire.
- 2 Mauvaises performances dans le travail, changements fréquents d'emploi, absence de promotion.
- 3 Difficultés dans l'organisation et la gestion du ménage.
- 4 Difficultés à maintenir les relations, séparations fréquentes, divorce.
- 5 Colères fréquentes.
- 6 Abus de substance (marihuana) et/ou d'alcool.
- 7 Forte consommation de nicotine.

La première étude suggérant une transmission familiale du trouble ADHD est celle de Morrison et Stewart [18] qui a mis en évidence que 20% des enfants ADHD ont un parent ayant présenté un ADHD contre 5% des contrôles.

Suite aux travaux des pionniers, les principales études familiales menées en aveugle sont celles de Biedermann. Entre 1986 et 1992 [19–25], il étudie une centaine de familles de garçons ADHD et de familles de contrôles, mettant en évidence une prévalence élevée de trouble ADHD chez les parents d'enfants ADHD, avec un risque corrigé en fonction de l'âge de 16 à 33% contre 3 à 6% chez les contrôles. D'autre part, il trouve un risque significativement plus élevé de trouble de l'humeur (TH) chez les enfants ADHD que chez les contrôles (32 contre 0%) et chez les parents d'ADHD que chez les parents de contrôles (27–31% contre 4–6%). Par contre, les résultats ne montrent pas de co-ségrégation familiale, ce qui parle en défaveur de l'existence d'un sous type ADHD+TH. Cet auteur ne met pas non plus en évidence un risque plus élevé de trouble de l'humeur chez les parents d'enfants ADHD+TH que chez les parents d'enfants ADHD sans trouble de l'humeur, ce qui parle en faveur de facteurs de vulnérabilité familiaux comme pour les troubles de l'humeur et l'ADHD, les facteurs environnementaux ayant probablement un rôle déclenchant du trouble de l'humeur, mais pas du ADHD. En ce qui concerne une relation de comorbidité entre ADHD et trouble anxieux (TA), Biederman montre que 30% des probands ADHD remplissent les critères pour un trouble anxieux, dont la prévalence est également significativement plus élevée chez les parents de probands ADHD que chez les parents de contrôles. Le risque est plus élevé chez les parents d'enfants ADHD+TA que chez les parents d'en-

fants ADHD sans trouble anxieux et il n'y a pas de co-ségrégation familiale. Ces données parlent en faveur d'une transmission indépendante entre ADHD et trouble anxieux. Il semblerait que la prévalence de personnalité antisociale soit, par contre, nettement plus élevée dans les groupes de parents d'enfants présentant un ADHD associé à un trouble des conduites (TC). La co-ségrégation familiale de ces deux pathologies parle en faveur d'un sous-type familial d'ADHD distinct. Les enfants faisant partie de ce sous-type évolueraient plus souvent vers des comportements antisociaux à l'âge adulte, ce qui représenterait une forme d'ADHD au pronostic moins favorable.

En conclusion, il paraît de plus en plus évident aujourd'hui que le trouble ADHD est une catégorie diagnostique qui peut persister à l'âge adulte et qui correspond à une pathologie à caractère héréditaire, hétérogène, associée à un nombre considérable de comorbidités.

Comment reconnaître un trouble ADHD chez un adulte?

Poser ce diagnostic implique d'être attentif à certains éléments anamnestiques pouvant suggérer la présence d'un ADHD, puis de préciser la symptomatologie actuelle (tab. 1).

Etant donné que le trouble ADHD de l'adulte est une forme d'évolution du même trouble chez l'enfant, on s'attend à trouver une symptomatologie similaire, d'autant plus que l'instrument de classification, le DSM-IV, ne fait pas de distinction entre la tableau clinique de l'adulte et de l'enfant. Chez l'adulte, l'hyperactivité diminue d'intensité, les troubles de l'attention augmentent en relation avec les exigences accrues d'organisation et l'impulsivité change de qualité. La recherche de l'existence d'un ADHD pendant l'enfance se fait en interrogeant les parents ou le patient lui-même sur cette période. Était-il hyperactif ou plus actif que ses camarades? Pouvait-il tenir en place? Bougeait-il constamment? Parlait-il beaucoup, souvent en interrompant les autres? Avait-il un problème de concentration, des difficultés scolaires? Avait-il de la peine à se lier et à maintenir des amitiés? Il est également important de rechercher les éléments plus caractéristiques de l'âge adulte, comme décrits dans «les critères de Utah» (tab. 2).

Pour poser un diagnostic de ADHD d'après le DSM-IV, la seule présence des symptômes n'est pas suffisante, encore faut-il que le patient présente un net handicap dans sa vie sociale, professionnelle ou privée.

Avec quelles pathologies peut-on confondre un ADHD à l'âge adulte?

Poser un diagnostic de ADHD est relativement difficile, étant donné que les symptômes de ce trouble sont souvent attribués à d'autres pathologies mieux connues et que ce trouble est fréquemment associé à des comorbidités.

Ratey et al., 1992 [26] ont mis en évidence que tous les patients souffrant d'un ADHD adulte de la cohorte qu'ils ont étudiée avaient reçu précédemment un autre diagnostic psychiatrique: 47% différentes formes de dépression, 15% troubles anxieux, 15% troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil ou de somatisation, 15% abus de substances.

Tableau 2

critères de Utah pour l'ADHD de l'adulte	
1	hyperactivité motrice (nervosité, incapacité à se détendre, dysphorie si inactivité)
2	déficit de l'attention (incapacité à suivre une conversation, à se concentrer dans des activités intellectuelles, oubli des rendez-vous, perte des clefs)
3	labilité affective
4	tempérament explosif (réponse facile à la provocation, irritabilité constante avec problèmes interpersonnels)
5	intolérance au stress
6	manque d'organisation (difficultés professionnelles ou à tenir un ménage, mauvaise gestion du temps)
7	impulsivité (initiation et fin des relations abruptes, divorce et séparation fréquents, achats ou investissements financiers non réfléchis, conduite dangereuse)

Le diagnostic différentiel (tab. 3) doit être fait avant tout avec ...

Hypomanie: Les symptômes communs aux deux pathologies sont l'irritabilité, la fuite des idées, le discours accéléré ou désorganisé, les troubles du sommeil et l'agitation. L'euphorie et l'amabilité continue, ainsi que le déni de la maladie sont typiques de l'hypomanie. Ce qui est caractéristique de l'adulte ADHD, c'est qu'il est, en général, conscient de ses problèmes et qu'il présente fréquemment aussi des symptômes tels qu'excitation et labilité affective.

Trouble dépressif: De nombreux adultes sont traités pour différentes formes de dépression sans

Tableau 3

Diagnostic différentiel du syndrome ADHD de l'adulte.

symptômes en commun	symptômes ou qualité des symptômes caractéristiques d'un trouble spécifique	
	à l'hypomanie	à l'ADHD
hypomanie et ADHD		
irritabilité		labilité de l'humeur
fuite des idées		
discours accéléré		
troubles du sommeil		
agitation psychomotrice	euphorie, exaltation déni de la maladie estime de soi augmentée	excitation <i>conscience du trouble</i> estime de soi diminuée
troubles dépressifs et ADHD	trouble dépressif (penser à la dysthymie et la cyclothymie)	ADHD
épisodes dépressifs	durée longue ou moyenne indépendant de l'environnement depuis l'adolescence ou plus tard	<i>durée brève (quelques heures)</i> <i>dépendant de l'environnement</i> <i>depuis l'enfance</i>
manque d'envie, d'énergie, de motivation	anhédonie	ennui
diminution des performances	ruminations obsédantes	dispersion dans les activités et les pensées
personnalité borderline et ADHD	personnalité borderline	ADHD
impulsivité		situationnelle
difficultés relationnelles	relations intenses type amour/haine	difficulté d'avoir des relations car peur d'être rejeté
tendance à l'autodestruction	plutôt suicidaire	de caractère obsessionnel

qu'un diagnostic de ADHD ne soit posé. Très caractéristique du ADHD adulte, la labilité de l'humeur d'un ADHD est de durée brève, elle ne persiste que quelques heures et rarement plus d'une journée. La dépression légère souvent retrouvée chez ces patients est la plupart du temps liée aux handicaps acquis, aux performances professionnelles basses par rapport aux capacités intellectuelles, ainsi qu'à la faible estime de soi. L'ennui en est une autre caractéristique typique.

Personnalité borderline: Les symptômes communs sont l'impulsivité et les difficultés relationnelles. Les personnalités de type borderline ont des relations intenses type amour-haine, tandis que les personnes souffrant d'un ADHD sont à la recherche de relations, mais sont inhibées par leur peur d'être rejetées. Une tendance à l'autodestruction exprimée par des automutilations peut-être retrouvée chez les deux, mais elle sera plutôt de caractère obsessionnel chez les ADHD (par exemple grattage de la peau) et rarement à but suicidaire comme chez les borderlines.

Trouble anxieux généralisé: Il se différencie d'un ADHD surtout par la présence d'une hyperactivité du système nerveux autonome.

Comorbidités

Dans une étude ouverte, avec 56 adultes souffrant d'un ADHD résiduel, Shekim et al. [27] ont mis en évidence les comorbidités suivantes: 53% trouble anxieux généralisé, 34% abus d'alcool, 30% abus de drogues, 25% dysthymie, 25% cyclothymie, 10% dépression majeure et seulement 7% absence de comorbidité.

L'abus de drogues chez les adultes avec ADHD a également été étudié par Biedermann [28] qui a constaté, malgré une fréquence similaire d'abus d'alcool chez les ADHD et les contrôles normaux, une différence concernant la fréquence de dépendance aux substances: 52% pour les ADHD et 27% pour les contrôles. Ce risque de polytoxicomanie chez les ADHD adultes a été confirmé par Schubinar et al. [29]. Cette augmentation du risque d'abus de substance semble indépendant d'une autre comorbidité psychiatrique mais il est aggravé en présence d'un trouble affectif ou d'une personnalité antisociale. L'abus de marijuana est le plus fréquent, suivi par l'abus de cocaïne et de stimulants, ce qui a conduit Weiss et al. [7] à décrire l'existence d'un sous-groupe de ADHD par rapport à une consommation de cocaïne. L'utilisation de la cocaïne chez ces patients mènerait à un effet paradoxal caractérisé par une relaxation et une capacité de concentration augmentées. Selon ces

auteurs, les adultes souffrant d'un ADHD ayant déjà été diagnostiqué durant l'enfance, présentent plus de comorbidités que ceux diagnostiqués seulement à l'âge adulte; la seule «véritable» comorbidité d'un ADHD à l'âge adulte serait la personnalité antisociale retrouvée chez 25% des personnes adultes avec ADHD. Gittelmann et al. [9] retrouvent une telle comorbidité chez 18% des adultes et un abus de drogues chez 16%. De leur côté, Weiss et al. [6] et Manuzza et al. [10] font l'hypothèse que l'abus et la dépendance aux substances seraient secondaires à une personnalité antisociale. D'autre part, une mauvaise estime de soi et des capacités sociales diminuées secondaires à un ADHD présent depuis l'enfance favoriseraient le développement d'un abus de substances ou d'une dépendance à l'alcool.

D'après Hornig [30], la mise en évidence des comorbidités est très importante pour le suivi, le traitement et le pronostic d'un ADHD. Le traitement d'un ADHD avec des stimulants pourrait, par exemple, aggraver une comorbidité affective ou être moins efficace en présence d'un trouble anxieux. Une dépendance aux substances peut aussi influencer le choix du traitement et rendre les thérapeutes hésitants à prescrire un traitement avec des psychostimulants.

Les nouvelles connaissances sur l'effet pharmacologique des «stimulants» dans le traitement du ADHD parlent en faveur d'une action double de ces substances. D'une part elle activent la capacité d'attention et de focalisation et d'autre part elles inhibent les stimulations ou les réponses non désirées. Cet effet est dû à l'augmentation de la dopamine et de la noradrénaline au niveau du néocortex frontal entraînant une augmentation de la capacité de contrôle. L'idée encore courante selon laquelle les stimulants n'exerceraient qu'une activité stimulante et seraient donc contre-indiqués dans le traitement du ADHD doit par conséquent être révisée [31].

Conclusion et recommandations pour le traitement

Si nous reprenons la vignette clinique présentée au début de cet article, nous retrouvons chez M. C. W. une multitude de symptômes évocateurs d'autres pathologies que d'un ADHD: un trouble dépressif, un trouble anxieux, une consommation d'alcool et de cannabis pouvant correspondre à une automédication ou à une toxicomanie ou encore, un trouble de la personnalité borderline. Ce diagnostic différentiel très ouvert pose en lui-même de sérieuses difficultés que seule une anamnèse

systématique peut permettre de clarifier. Une fois que l'on a évoqué un possible ADHD, encore faut-il confirmer ce diagnostic, ce qui pourra être fait en ayant recours, par exemple, aux critères de Utah et en reprenant l'anamnèse familiale de façon ciblée.

Un tableau marqué par une certaine instabilité associée à une personnalité antisociale ou à une toxicomanie, bien que non spécifique, de même qu'un éventuel déficit de l'attention observé au cours de l'entretien ou des rendez-vous manqués de façon répétée, devraient mettre sur la piste d'un éventuel ADHD.

L'évolution récente de notre pratique clinique nous a fourni plusieurs exemples convaincants de la réalité du diagnostic de trouble ADHD chez l'adulte. Il ne s'agit pas, à notre avis, d'une construction artificielle, et malgré la prudence encore nécessaire qui doit sans doute accompagner la pose de ce diagnostic, il vaut la peine de l'intégrer au diagnostic différentiel de routine. En effet, le pronostic des patients adultes souffrant d'un ADHD semble pouvoir être nettement amélioré, si ce diagnostic est posé précocement, si les comorbidités sont prises en compte et si une thérapie spécifique est instaurée. Plusieurs études ont montré la supériorité des approches thérapeutiques multimodales [31]. Nous proposons d'associer des psychostimulants à une psychothérapie dont la forme la mieux étudiée chez l'adulte pour cette indication est une thérapie cognitivo-comportementale adaptée [31]. La thérapie doit inclure des éléments d'information sur le trouble ADHD et aider le patient à développer, surtout après de longues années d'évolution, de nouvelles stratégies de «coping», afin d'améliorer ses relations interpersonnelles, de l'aider à mettre en pratique quelques principes comportementaux et à recourir à des stratégies cognitives dans le but de mieux organiser sa vie de tous les jours.

De plus (comme mentionné dans le tableau 3), compte tenu de la grande sensibilité de ces patients à l'environnement et au stress, on associera dans la règle l'apprentissage de techniques de relaxation.

Références

- 1 Werner H, Strauss AA. Pathology of figure-background relation in the child. *J Abnorm Soc Psychol* 1941;36:236.
- 2 Laufer MW, Denhoff E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. *J Pediatrics* 1957;50:463-74.
- 3 Laufer MW. Cerebral dysfunction and behavior disorders of adolescents. *Am J Orthopsychiatry* 1962;32:501-6.
- 4 Menkes MM, Rowe JS, Menkes JH. A twenty-five year follow-up study on the hyperkinetic child with minimal brain dysfunction. *Pediatrics* 1967;39:393-9.
- 5 Laufer MW. Long-term management and some follow-up findings on the use of drugs with minimal cerebral syndromes. *J Learn Disabil* 1971;4:55-8.
- 6 Weiss G, Hechtman L, Perlman T, Hopkins J, Wener A. Hyperactives as young adults: a controlled prospective ten-year follow-up of 75 children. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:675-81.
- 7 Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24:211-20.
- 8 Loney J, Kramer J, Milich R. The hyperkinetic child grows up: predictors of symptoms, delinquency, and achievement at follow-up. In: Gadow K, Loney J, eds. *Psychosocial Aspects of Drug Treatment for Hyperactivity*. Boulder, Colorado: Westview Press; 1981. p. 381-415.
- 9 Gittelman R, Mannuzza S, Shenker R, Bonagura N. Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:937-47.
- 10 Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N, Mallory P, Giampino TL, Addalli K. Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:77-83.
- 11 Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:565-76.
- 12 Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, Hynes ME. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1222-7.
- 13 Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998;155,4:493-8.
- 14 Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, O'Sullivan R, Pava JA, Worthington JJ, et al. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Research* 1996;62:213-9.
- 15 Klein RG, Mannuzza S. Long-term outcome of hyperactive children: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:383-7.
- 16 Biederman J, Faraone S, Milberger S, Guite J, Mick E, Chen L, et al. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:437-46.
- 17 Cantwell DP. Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Arch Gen Psychiatry* 1971;27:414-7.
- 18 Morrison JR, Stewart MA. A family study of the hyperactive child syndrome. *Biol Psychiat* 1971;3:189-95.
- 19 Biederman J, Munir K, Knee D, Habelow W, Armentano M, Autor S, et al. A family study of patients with attention deficit disorder and normal controls. *J Psychiatr Res* 1986;20:263-74.
- 20 Biederman J, Munir K, Knee D, Armentano M, Autor S, Waternaux C, et al. High rate of affective disorders in probands with attention deficit disorder and in their relatives: a controlled family study. *Am J Psychiatry* 1987;144:330-3.
- 21 Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III: attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:526-33.