

## CHAPITRE 2: DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET TROUBLES COMORBIDES

### Introduction

Lors du diagnostic du TDAH, il est important d'exclure les autres troubles qui pourraient en mimer les symptômes ou s'y rajouter. Plusieurs problématiques font partie du diagnostic différentiel et le TDAH est très fréquemment associé à d'autres troubles associés (comorbidités). **Considérer un deuxième avis ou référer à un spécialiste en TDAH si le patient a une histoire clinique qui est complexe ou si vous envisagez un traitement pharmacologique au-delà de ceux recommandés dans les présentes lignes directrices<sup>14</sup>.**

La plupart des individus atteints de TDAH présentent aussi des conditions ajoutées qui peuvent compliquer le tableau clinique. Souvent, ces troubles comorbides doivent être traités de façon concomitante.

- 50-90% des enfants atteints de TDAH ont au moins une comorbidité<sup>10</sup>;
- Environ la moitié de tous les enfants atteints de TDAH ont au moins deux comorbidités<sup>10</sup>;
- 85% des adultes atteints de TDAH rencontrent les critères pour une comorbidité<sup>260</sup>.

La présence d'une problématique comorbide peut contribuer à l'échec du dépistage et du diagnostic du TDAH chez les adultes mais aussi les enfants. Des études de suivi d'enfants atteints de TDAH avec un trouble comorbide ont démontré qu'ils réussissent moins que les enfants atteints de TDAH seul, ayant nettement plus de difficultés sociales, émotionnelles et psychologiques<sup>19</sup>. Les comorbidités les plus souvent mentionnées dans la Multimodal Treatment Study of ADHD<sup>18</sup> et dans d'autres études sur la comorbidité ont été remarquablement semblables.

Des taux élevés de comorbidités avec un TDAH ont été signalés autant dans des échantillons cliniques que dans des études épidémiologiques. De nombreux auteurs ont indiqué que la comorbidité est généralement plus élevée pour le TDAH chez les enfants et les adultes. Plusieurs hypothèses concurrentes sont proposées pour expliquer ce taux élevé de comorbidité. La présence d'un trouble comorbide avec un TDAH peut être le signe qu'un de ces troubles soit une manifestation précoce de l'autre ou que le développement d'un trouble augmente le risque pour l'autre. Une autre possibilité est qu'un de ces troubles soit un sous-type de l'autre (TDAH avec trouble des conduites peut être un sous-type du TDAH). Les troubles comorbides peuvent partager des facteurs de vulnérabilité communs ou des facteurs génétiques et psychosociaux. Chaque trouble pourrait être une expression de la variabilité phénotypique ou, enfin, chaque trouble est une entité distincte. Plus de recherches seront nécessaires pour comprendre la validité de chacune de ces hypothèses.

### Différencier les troubles

Les diagnostics différentiels incluent des troubles qui imitent le TDAH alors que les troubles comorbides sont des troubles qui se présentent conjointement avec le TDAH (soit liés par les causes ou indépendants mais simultanés avec le TDAH). Une recherche attentive des autres diagnostics possibles doit être effectuée au moment de l'évaluation.

## Diagnostiques différentiels fréquents du TDAH

Ce tableau a été adapté à partir du *Clinician's Guide to ADHD* avec la permission de l'auteur, Dr. Joseph Sadek.

Conditions qui peuvent imiter le TDAH	Symptômes ou signes non caractéristiques du TDAH
<b>Troubles psychiatriques</b>	
Trouble d'anxiété généralisée	Inquiétude constante pendant 6 mois ou plus; manque d'énergie; humeur anxieuse et symptômes somatiques d'anxiété.
Trouble obsessionnel compulsif	Présence d'obsessions ou de compulsions qui interfèrent dans les sphères de la vie
Dépression majeure	Diminution épisodique de l'humeur ou humeur dépressive et/ou dysphorie; idées suicidaires; manque d'énergie; retard psychomoteur
Trouble bipolaire I ou II (épisodes de manie ou dépressifs)	Changements épisodiques; symptômes psychotiques; idées de grandeur; discours sous pression; récente diminution du besoin de sommeil
Trouble psychotique (schizophrénie ou trouble schizo-affectif)	Symptômes psychotiques
Troubles du spectre de l'autisme	Atteinte qualitative observable dans les interactions sociales, la communication ou présence de comportements excentriques ou étranges
Trouble d'opposition avec provocation	Défiant, colérique; agace les autres et est facilement contrarié; méchant ou rancunier
Trouble des conduites	Présence de critères de trouble de conduite par exemple: agression sur des personnes et des animaux, destruction de biens; fausseté ou vol, violations graves des règles et de la loi
Abus/Dépendances aux drogues	Dépistage de drogues dans l'urine positif confirmant la présence de substance(s) illicite(s)
Troubles d'apprentissage	Consultation avec un psychologue ou un neuropsychologue confirmant la présence du trouble
Troubles du langage	Consultation avec un orthophoniste confirmant la présence du trouble
Tics/ Syndrome de Gilles de la Tourette (SGT)	Présence de tics vocaux ou moteurs (ou les deux pour SGT)
<b>Troubles de la personnalité</b>	
Trouble de personnalité limite	Anxiété d'abandon; fréquentes et rapides sautes d'humeur, menaces suicidaires; perturbation de l'identité; symptômes dissociatifs ou micro épisodes psychotiques, sentiments de vide
Trouble de personnalité antisociale	Absence de remords, de responsabilité et d'empathie
Troubles liés au QI: Déficience mentale Enfant surdoué	Évaluation cognitive confirmant le diagnostic Remarque: si le QI est dans les limites normales, déterminer si le programme académique répond aux besoins de l'enfant
<b>Liés à la médication</b>	
Médicaments avec effets secondaires d'émoussement cognitif (par exemple stabilisateurs de l'humeur)	
Médicaments avec activation psychomotrice (par exemple décongestionnants, bêta-agoniste)	
<b>Condition médicale générale</b>	
<b>Examens confirmant la condition médicale</b>	
Traumatisme crânien/Commotion cérébrale	Puisque le TDAH sous-jacent peut augmenter le risque de traumatisme crânien, il est important d'explorer la chronologie de l'apparition des symptômes cognitifs (présents avant, ou apparus ou aggravés après un traumatisme crânien)
Épilepsie	Évaluation neurologique confirmant le diagnostic
Déficits sensoriels	Évaluation en audiologie ou en vision confirmant le diagnostic
Dérèglement hormonal	Taux de TSH indiquant une hypothyroïdie ou hyperthyroïdie
Hypoglycémie	Taux anormalement bas de glucose sanguin confirmant le diagnostic
Anémie sévère	FSC et examens confirmant le diagnostic
Intoxication au plomb	Taux de plomb dans le sang confirmant le diagnostic
Troubles du sommeil	Évaluation en laboratoire du sommeil confirmant le diagnostic
Syndrome du X fragile	Tests de génétique moléculaire pour le gène FMR1 confirmant le diagnostic. Génotype confirmant le diagnostic
Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence possible de déficience mentale</li> <li>- Retard de croissance et caractéristiques faciales du SAF</li> <li>- Évaluer les risques prénataux d'exposition à l'alcool</li> <li>- Imagerie cérébrale magnétique</li> <li>- Évaluation psychologique (y compris intellectuelle, processus langagier et sensori-moteur)</li> </ul>
Phénylcétonurie	Tests sanguins confirmant le diagnostic
Neurofibromatose	Présence de tâches Café au lait

Conditions qui peuvent imiter le TDAH	Symptômes ou signes non caractéristiques du TDAH
<b>Autres facteurs</b>	
Environnement inapproprié pour l'apprentissage	
Famille dysfonctionnelle ou mauvaise éducation parentale	
Abus physique ou négligence	
Trouble d'attachement	

Un historique complet accompagné d'un examen physique permet souvent de confirmer la présence de conditions physiques sous-jacentes. Dans certains cas, des tests en laboratoire sont nécessaires afin d'éliminer les pathologies suspectées. Cependant, la plupart des individus atteints de TDAH n'ont pas besoin d'analyses de laboratoire d'emblée. Dans certains cas, des techniques d'investigation particulières peuvent être pertinentes: la polysomnographie, un électroencéphalogramme ou une imagerie cérébrale. Des tests psychologiques, comme le WISC-IV (chez les enfants) ou le WAIS (chez les adultes), sont importants, car ils peuvent évaluer les problèmes d'apprentissage et aident à déterminer les composantes spécifiques du fonctionnement cognitif en lien avec les fonctions exécutives (par exemple la mémoire de travail et la vitesse de traitement de l'information). D'autres tests, tels que l'évaluation de la personnalité ou des tests projectifs, peuvent être des indicateurs utiles pour établir les traits de personnalité et évaluer le contact avec la réalité.

## **Comorbidités**<sup>15-17</sup>

### **Troubles comorbides pouvant compliquer l'évaluation et le traitement du TDAH**

<b>Troubles psychiatriques</b>	<b>Éléments cliniques à considérer lors du traitement du TDAH combiné avec un trouble comorbide</b>
<b>Troubles de l'humeur</b>	
Dépression majeure	Traiter le trouble le plus contraignant en premier. Une dépression modérée à sévère doit être traitée en premier et le risque de suicide doit être évalué dans tous les cas.  Des stimulants peuvent être combinés avec la majorité des antidépresseurs, à surveiller lors du suivi. Aussi considérer TCC.  Chez les adultes, le bupropion et la désipramine peuvent réduire les symptômes du TDAH, mais ont une efficacité significativement plus faible que les psychostimulants.
Trouble bipolaire	Traiter le trouble bipolaire en premier. Le traitement du TDAH peut être offert une fois le trouble bipolaire stabilisé. Référer à un spécialiste.
<b>Troubles anxieux</b>	
Trouble d'anxiété généralisée Trouble panique Phobie sociale TOC Syndrome de stress post-traumatique	Traiter le trouble le plus contraignant en premier. Certains patients peuvent présenter une aggravation de l'anxiété et d'autres une amélioration de leurs symptômes. Les traitements du TDAH peuvent être moins tolérés chez certains individus de ce groupe. Observer les interactions pharmacologiques possibles avec des médicaments métabolisés par le système CYT2D6. Débuter avec une faible dose, augmenter lentement, mais titrer jusqu'à la dose thérapeutique. Si non toléré, changer pour un autre médicament, comme l'atomoxétine. Considérer la TCC. Dans les cas de réponse partielle aux stimulants et que l'atomoxétine en monothérapie n'est pas suffisamment efficace, considérer référer en spécialité pour une co-thérapie (combinaison de stimulant avec un non-stimulant).
Troubles du spectre de l'autisme (TSA)	Le traitement du TDAH peut être moins toléré par certains individus de cette population. Commencer doucement, aller lentement, mais titrer jusqu'à la dose thérapeutique. S'il y a intolérance, changer de médicament.  Référer à un spécialiste pour des interventions spécifiques pour le TSA.
Troubles psychotiques	Traiter le trouble psychotique en premier. (Référer à un spécialiste: le traitement du TDAH peut déclencher une rechute psychotique chez un patient prédisposé). Les patients stables qui sont en rémission peuvent bénéficier d'un traitement pour le TDAH.
Trouble d'opposition et Trouble des conduites	Traiter les deux troubles. Le trouble d'opposition nécessite des interventions psychosociales. Les cas modérés à sévères peuvent nécessiter une combinaison de psychostimulants avec un agoniste du récepteur adrénérgique alpha 2 tel que la clonidine ou la guanfacine.  Le trouble de conduite nécessite des interventions psychosociales et peut avoir des répercussions au plan juridique. Le traitement pharmacologique du TDAH peut aider à mieux contrôler les comportements impulsifs. La littérature scientifique cite certains cas où l'ajout d'un antipsychotique a amélioré les symptômes du trouble de conduite.
Trouble de personnalité limite	Le fait de réduire l'impulsivité et d'augmenter l'attention par le traitement du TDAH combiné avec un trouble de la personnalité peut aider ces patients à mieux participer à leurs traitements psychologiques.

Troubles psychiatriques	Éléments cliniques à considérer lors du traitement du TDAH combiné avec un trouble comorbide
Trouble de personnalité anti-sociale	Le traitement des patients avec TPA + TDAH nécessite des interventions plus complexes et détaillées.
Conditions médicales	Éléments cliniques à considérer lors du traitement du TDAH combiné avec un trouble comorbide
Épilepsie	Traiter l'épilepsie en premier, puis le TDAH. De nouvelles crises doivent être traitées avec des médicaments antiépileptiques. Le taux de médicaments antiépileptiques peut augmenter avec le méthylphénidate dû à l'inhibition enzymatique <sup>245</sup> .
Tics	Les médicaments pour le TDAH ne causent pas de tics, mais certains peuvent augmenter ou réduire les tics. Cependant, la présence de tics n'est pas une contre-indication pour les médicaments pour le TDAH. L'atomoxétine, la clonidine et la guanfacine ont démontré des résultats prometteurs chez cette population. L'ajout d'antipsychotiques peut être nécessaire pour les cas sévères.
Troubles du sommeil	Traiter le trouble primaire en premier.
Apnée du sommeil	Les psychostimulants peuvent réduire la somnolence résiduelle et améliorer le fonctionnement quotidien de l'apnée du sommeil et de la narcolepsie avec ou sans TDAH.
Troubles cardiovasculaires	Effectuer un examen physique avant de commencer le traitement (TA et auscultation cardiaque). ECG et consultations cardiaques si antécédents cardiaques significatifs ou maladie cardiaque structurale. Mesurer TA et surveiller les signes vitaux et les effets secondaires cardiaques lors du traitement.
Obésité	Discuter les habitudes d'une saine alimentation et de sommeil; augmenter l'exercice physique.  Le traitement du TDAH peut améliorer la volonté du patient à mettre en œuvre des changements dans son mode de vie.
Autres troubles	Éléments cliniques à considérer lors du traitement du TDAH combiné avec un trouble comorbide
Troubles d'apprentissage	Traiter les troubles spécifiques d'apprentissage.  Le traitement du TDAH peut augmenter l'attention permettant l'amélioration de l'apprentissage des habiletés. Des accommodements scolaires devraient être envisagés et proposés selon le besoin.
Troubles du langage	Traiter les troubles spécifiques de langage. Référer à un éducateur spécialisé, psychologue et/ou orthophoniste pour des interventions spécifiques.
Trouble de la coordination du développement	Traiter le trouble de la coordination. Référer à un ergothérapeute et/ou physiothérapeute pour des interventions spécifiques.
Faible QI QI élevé	Traiter le TDAH et adapter les approches non pharmacologiques selon le niveau de QI du patient. Traiter le TDAH et adapter le curriculum selon le niveau de QI de l'enfant.

Note: Les combinaisons de médicaments antipsychotiques et d'usage hors indication décrites dans ce tableau sont réservées pour les cas complexes.

La présentation des sous-types du TDAH et des troubles comorbides les plus courants change au fil du temps et selon de stade de développement. Les troubles concomitants les plus fréquents dans l'enfance sont le trouble d'opposition avec provocation (TOP), les troubles du langage et l'énurésie. Beaucoup d'enfants atteints de TDAH ont un trouble d'apprentissage spécifique<sup>20</sup>. Le TDAH est deux à trois fois plus fréquent chez les enfants souffrant de troubles du développement ou ayant un QI limite et une déficience intellectuelle. Dans les années d'âge mi-scolaire, des symptômes d'anxiété ou des troubles du spectre tic peuvent également être observés. Les troubles de l'humeur ont tendance à s'observer au début de l'adolescence<sup>21-23</sup>.

Nous allons décrire brièvement les principales comorbidités et les traitements associés nécessaires. Il est important de noter que généralement, l'évolution clinique sera influencée principalement par la problématique la plus sévère. Très peu de recherches systématiques existent sur le séquençage du traitement des comorbidités. Ces situations sont généralement abordées sur une base individuelle, cas par cas.

### TDAH et les troubles des apprentissages spécifiques (TAS)

Il est important de savoir que l'expression «trouble d'apprentissage» (TA) dans le DSM-IV<sup>6</sup> a maintenant changé pour «troubles des apprentissages spécifiques» (TAS) dans le DSM-5<sup>246</sup>. Le TAS et le TDAH sont dorénavant classés dans le DSM-5 sous la section des troubles du développement neurologique. Le DSM-5 utilise un terme unique global, soit les troubles spécifiques des apprentissages, plutôt que des troubles distincts comme le trouble de la lecture, le trouble du calcul, le trouble de la production écrite et les non spécifiés anciennement utilisés dans le DSM-IV-TR. Le DSM-5 permet pour une seule catégorie de TAS avec la possibilité de spécifier quels domaines sont atteints. Autrement dit, le

clinicien peut spécifier les manifestations des difficultés d'apprentissage au moment de l'évaluation selon les trois grands domaines académiques tel que la lecture, l'écriture et les mathématiques (par exemple TAS avec atteinte de la lecture, ce qui inclut la difficulté à lire des mots précis, la cadence ou la compréhension de lecture).

Compte tenu des préoccupations historiques de l'utilisation de la IQ-Achievement Discrepancy method, qui était une condition préalable dans le DSM-IV, cette méthode n'est plus nécessaire dans le DSM-5. Au contraire, les quatre nouveaux critères (A-D) pour un diagnostic sont - A: la persistance des symptômes (liste des symptômes cliniques fournie) pour au moins six mois, malgré une intervention ciblée; B: faible rendement scolaire ayant des impacts significatifs; C: l'âge d'apparition dans les années d'âge scolaire (peut se manifester pleinement plus tard), et D: non attribué à un trouble intellectuel, une acuité visuelle ou auditive non corrigée, d'autres troubles mentaux ou neurologiques, des difficultés psychosociales, un manque de maîtrise de la langue d'enseignement ou un manque d'instruction. Le DSM-5 nécessite plusieurs tests, y compris ceux qui sont administrés individuellement et culturellement avant de poser le diagnostic (soit des échelles, les bulletins scolaires, des évaluations basées sur le curriculum).

Fréquemment, les enfants et les adolescents atteints de TDAH ont un rendement inférieur à celui des groupes de contrôle lors de tests de rendement normalisés. Les enseignants et les parents expriment souvent des préoccupations au sujet du niveau de productivité d'un enfant/adolescent et le qualifieront de «paresseux» ou «non-motivé». Il existe un certain nombre de circonstances qui peuvent aboutir à un échec scolaire. Une possibilité est que l'individu souffre d'un TDAH combiné avec des troubles des apprentissages spécifiques (TAS). En effet, la recherche indique que la comorbidité du TDAH et des troubles des apprentissages spécifiques est élevée.

### **Comorbidité TAS et TDAH**

Il a été suggéré que la portée de la comorbidité soit entre 31% et 45%. Un enfant sur trois atteints de TDAH a également un TAS<sup>246</sup>. Le taux de comorbidité du TAS et du TDAH peut varier considérablement selon la façon dont le TAS est déterminé.

Cependant, le TDAH et le TAS peuvent souvent présenter des symptômes comportementaux similaires. Par exemple, les enfants qui ont des difficultés en lecture ou en écriture peuvent présenter des difficultés à maintenir leur attention lors de telles tâches ardues. Ainsi, ils peuvent paraître distraits, leur inattention considérée comme secondaire à la présence d'un TAS. Il est recommandé qu'une évaluation exhaustive soit effectuée afin de démêler le diagnostic principal ou de déterminer s'il y a présence d'une comorbidité.

Même sans troubles des apprentissages spécifiques comorbides, les enfants atteints de TDAH peuvent encore avoir beaucoup de difficultés comme suivre des instructions, écouter en classe ou rester concentrés sur une tâche, ce qui peut entraîner des sous-performances significatives par rapport à leur potentiel. D'autres personnes souffrant d'un TDAH ont souvent des difficultés dans les domaines du fonctionnement cognitif exécutif comme la conception, l'organisation, la planification, l'activité autodirigée et la capacité à effectuer des tâches à plusieurs étapes. Le degré de difficultés que vivent ces personnes varie. Certains individus sont fortement handicapés et leur réussite scolaire est en dessous de leur potentiel. Les troubles d'apprentissage et les déficits des fonctions exécutives sont également sujets à se développer. Autrement dit, ils peuvent devenir plus manifestes lorsque les demandes cognitives à l'école deviennent plus exigeantes.

### **Impacts sur l'évaluation de diagnostic**

En termes d'évaluation, les praticiens devraient toujours (a) dépister les handicaps scolaires des élèves atteints de TDAH et les symptômes de TDAH chez les élèves ayant un TAS; (b) évaluer la performance académique dans toutes les matières (par exemple la lecture, les mathématiques, l'écriture) lors de l'évaluation des étudiants avec un TDAH; et (c) évaluer avec soin si les interventions pour le TDAH améliorent la performance académique<sup>264</sup>. Compte tenu du taux relativement élevé de comorbidité avec le TDAH et le TAS, les élèves qui sont évalués pour l'un de ces troubles devraient toujours être évalués également pour des symptômes possibles de l'autre trouble. Si

le dépistage suggère la possibilité d'un trouble spécifique d'apprentissage, alors il faut référer auprès du personnel de soutien et des psychologues de l'école fréquentée par l'enfant pour que tous se consultent quant au plan d'intervention en milieu scolaire.

Une fois les évaluations psychopédagogiques terminées, il est important d'évaluer s'il y a une comorbidité avec TAS de même qu'écarter d'autres troubles comme des troubles du traitement auditif ou des troubles moteurs qui ont un impact négatif sur la production écrite. Les enfants atteints de TDAH ont souvent des troubles de la parole et du langage. Les enfants souffrant de troubles évidents de la parole et du langage devraient également subir une évaluation auditive qui pourrait inclure un traitement auditif central.

Il est important de différencier les difficultés scolaires qui peuvent être secondaires à des symptômes de TDAH (soit des difficultés de performance) aux handicaps scolaires (soit liés TAS).

Chez les adultes comme chez les enfants, le TDAH peut se manifester avec des problèmes spécifiques en lecture, en mathématiques ou en expression écrite. Ceux-ci peuvent généralement être identifiés lors de l'évaluation en explorant si ces difficultés ont causé des problèmes à l'école et si elles continuent de causer des difficultés plus ou moins résiduelles actuellement. Ce qui est plus complexe est d'arriver à différencier un problème d'attention primaire (TDAH du type inattentif) versus divers troubles entraînant une dysfonction exécutive secondaires à des conditions physiques (par exemple un traumatisme crânien, une exposition à des substances toxiques ou induits par un abus de drogues) ou encore versus des troubles du langage. L'historique de l'enfance devrait révéler des indices cliniques de TDAH depuis le jeune âge. Il est important de déterminer si le patient n'est distrait que lorsque les troubles spécifiques d'apprentissage présentent un défi, vérifier si les problèmes existent suite à un accident impliquant une blessure ou une commotion cérébrale ou suite à une période de consommation excessive de drogues.

### **Impacts sur le traitement**

Les handicaps scolaires peuvent exiger un enseignement direct et intensif de même que la modification d'événements antérieurs au-delà du traitement pharmacologique et des stratégies de modification des comportements (c.-à-d. fondée sur les conséquences)<sup>264</sup>. Le médecin qui pose un diagnostic de TDAH chez un enfant ou un adolescent a une responsabilité dans la démarche pour l'aider à obtenir des accommodements scolaires appropriés. Si des troubles spécifiques d'apprentissage sont diagnostiqués, il est essentiel que les accommodements qui répondront aux troubles d'apprentissage de l'individu soient documentés. Il est probable que l'individu aura besoin d'accommodements pour cibler à la fois la productivité et l'apprentissage. Il est également important pour l'estime de soi de l'individu d'être en mesure de différencier son niveau global d'intelligence des déficits spécifiques qui peuvent être corrigés.

Des modèles de lettres demandant l'accès à des accommodements scolaires se trouvent au chapitre 6 dans la section documents de support 6A. Au cours des dernières années, les écoles ont été beaucoup mieux disposées et outillées pour fournir les accommodements appropriés aux enfants et adolescents atteints de TDAH. Ces accommodements s'inscrivent dans un processus d'égalisation des chances et ne devraient pas être perçus comme une preuve d'incompétence scolaire. Cela est vrai, pour tout le parcours académique de l'individu.

**Conseil pratique:** Des modèles pour faire la demande pour les tests psychopédagogiques et les accommodements peuvent être téléchargés à partir [www.caddra.ca](http://www.caddra.ca) et imprimés sur votre papier en-tête. Vous pouvez les personnaliser et les adapter à vos besoins.

Obtenir des accommodements scolaires est un droit (reconnu par la Commission ontarienne des droits de la personne dans ses lignes directrice concernant l'éducation accessible<sup>28</sup>). Bien que de certains conseils d'établissements scolaires à travers le Canada ne reconnaissent pas actuellement le TDAH comme condition d'admission automatique «d'élève en difficulté», cette situation est en train de changer. Autant la CADDRA, le regroupement national pour les médecins impliqués en TDAH, que la CADDAC, organisation nationale de réseautage des organismes de soutien et de représentation pour les parents et les personnes atteintes d'un TDAH, vont plaider auprès des ministères de

l'Éducation de toutes les provinces pour la normalisation des accommodements scolaires à travers le Canada. La CADDRA et la CADDAC croient que tous les troubles neurobiologiques et de santé mentale doivent être reconnus par les établissements scolaires afin que les personnes qui en souffrent puissent recevoir les soins multimodaux que ces troubles nécessitent.

Des services d'intervention complets pour les étudiants avec une comorbidité de TDAH et de TAS nécessiteront empiriquement des stratégies de traitement qui porteront.<sup>246</sup>

### **TDAH et le trouble d'opposition avec provocation (TOP)**

Les comorbidités les plus fréquentes chez les enfants atteints de TDAH sont les problèmes de comportement, y compris le TOP, l'agressivité et la délinquance. La présence de TOP comorbide avec le TDAH est susceptible de générer un impact fonctionnel important et on s'attend à ce que ce résultat augmente le nombre de références en lien avec des demandes de traitement<sup>29</sup>. Entre 25 à 75% des adolescents atteints de TDAH peuvent avoir un TOP associé<sup>30</sup>. La distinction entre l'affirmation de soi d'un adolescent normal et le TOP n'est pas toujours facile. Chez les adultes atteints de TDAH, 12% répondent aux critères de diagnostic pour un TOP, mais seront probablement plutôt désignés comme ayant des traits de personnalité passive-agressive. Chez les adultes atteints de TDAH, il y a une certaine continuité de TOP<sup>247</sup>.

L'une des principales raisons pour laquelle se développe un TOP est la vulnérabilité parentale qui engendre de l'insécurité chez l'enfant qui répond par un besoin de contrôle et par une confrontation active avec l'autorité qu'il perçoit comme étant fragile. Le traitement psychosocial de base pour un TOP dans un tel contexte est de rétablir les frontières intergénérationnelles en utilisant des techniques parentales positives. Cependant, chez les patients atteints de TDAH avec un TOP comorbide, il est préférable que la première étape soit l'optimisation de la pharmacothérapie du TDAH, suivie par l'optimisation du traitement via des approches de type psychosocial dont les approches comportementales auprès des parents et autres techniques comportementales. Il est important de distinguer le TOP du Trouble de Conduite (TC). Les enfants atteints de TOP sont opposants et «négatifs» à répétition, adoptent des attitudes rebelles, hostiles et ont un comportement désobéissant en particulier envers les figures d'autorité, alors que ceux atteints de TC vont violer à répétition les droits fondamentaux d'autrui ou les normes sociales adaptées à l'âge par des gestes répétés d'agression, mensonges, vols et autres comportements délinquants<sup>31</sup>. Ces deux problèmes, autant le TOP que le TC, se manifestent généralement avant la puberté. Il est donc essentiel d'en faire un dépistage précoce, d'établir le diagnostic et de mettre en place un traitement tôt dans la vie de ces jeunes. Un TOP peut être prodromique de troubles de conduite dans certains cas, mais en est une évolution peu fréquente. Dans plus de 50% des cas de TOP, il n'y aura pas de TC. Il est donc important de se rappeler que beaucoup d'enfants atteints de TDAH avec TOP comorbide ne développeront pas de trouble de conduite<sup>32</sup>.

**En résumé, certains patients atteints de TDAH et de TOP peuvent répondre de manière adéquate à des stimulants ou à des médicaments non stimulants (atomoxétine, guanfacine), mais les cas modérés à sévères sont susceptibles de nécessiter des interventions supplémentaires, soit l'ajout d'un autre médicament, soit un traitement comportemental. Un traitement efficace peut réduire le risque de conditions plus sévères à l'adolescence et à l'âge adulte, comme le trouble des conduites, la toxicomanie et la dépression.**

### **TDAH et le trouble de conduite (TC)/agression**

Un TDAH avec un TC comorbide est une condition grave et persistante qui apparaît précocement et qui est souvent précédée par un TOP. Par conséquent, il est important de distinguer entre les deux troubles comme indiqué ci-dessus<sup>32, 33</sup>. Le TC n'apparaît pas toujours en période pré-pubère, un groupe d'enfants peut présenter un TC limité à la période de l'adolescence. La comorbidité de TDAH et TC chez un adolescent est souvent un précurseur de comportements antisociaux; augmente le risque de tabagisme et d'utilisation voire même d'abus de substances. La co-existence de TDAH plus TC augmente aussi le risque d'anxiété ou de dépression, et le développement de la personnalité antisociale à l'âge adulte<sup>34, 35</sup>.

La pharmacothérapie (médicaments stimulants et non stimulants) peut être utile pour les patients atteints de TDAH plus

TC présentant un comportement agressif. Bien que les médicaments soient habituellement efficaces dans la réduction des symptômes du TDAH et de l'agressivité de type impulsif<sup>18, 36</sup>, ces patients vont nécessiter généralement une approche de traitement multimodal. Les médicaments doivent cibler d'abord le trouble le plus sévère sous-jacent, pour ensuite se centrer sur des symptômes spécifiques résiduels. Certains patients démontrent un comportement agressif avant mais aussi pendant la durée du traitement. Il est donc important de documenter les comportements agressifs avant l'introduction de médicaments et de cibler de façon explicite ces comportements dans l'approche thérapeutique. Les médecins devraient établir la tolérabilité et l'efficacité du traitement et vérifier si et quand les patients manifestent de l'agressivité suite à l'initiation du traitement pharmacologique avec des médicaments pour le TDAH.

Les troubles de conduite sont généralement atténués par les traitements efficaces pour le TDAH (médicaments stimulants et non stimulants de même que les traitements psychosociaux<sup>36, 38</sup>). Cependant, le traitement classique du TDAH pourrait ne pas suffire à résoudre tous les symptômes. Il sera nécessaire de combiner l'optimisation du traitement pharmacologique avec une approche de traitement multimodal comme des traitements psychosociaux, y compris des interventions individuelles et familiales. Certains spécialistes dans ce domaine peuvent utiliser des stabilisateurs de l'humeur ou un antipsychotique atypique. D'autres traitements (outre l'optimisation de médicaments pour le TDAH et les traitements psychosociaux) sont controversés et il est recommandé de référer à un spécialiste<sup>30, 39</sup>.

La recherche montre que le TDAH et le TC représentent deux entités complexes et distinctes, souvent associées. Les enfants avec ces deux conditions associées, sans autre trouble comorbide ont des symptômes de base différents, et présentent aussi des résultats différents mesurés par les outils (échelles) de recherche objective de symptômes du TDAH. Les enfants avec ces comorbidités ont le pronostic le plus pauvre au sein de chaque groupe individuel<sup>40</sup>.

Les chercheurs ont tenté de comprendre les raisons de la comorbidité élevée entre le TDAH et le TC. Ils ont émis plusieurs hypothèses:

- un trouble serait précurseur de l'autre;
- un trouble est un facteur de risque de développement de l'autre;
- ces 2 troubles partagent les mêmes facteurs de risque liés;
- il existe une base sous-jacente commune de symptômes pour un ou plusieurs de ces comportements<sup>41, 42</sup>.

Le DSM-5 souligne que des aspects tels que l'apparition précoce (avant 10 ans), un niveau élevé de comorbidités et peu d'émotions prosociales (absence de remords ou de responsabilité; sans pitié - absence d'empathie; insoucieux de son rendement; superficiel ou très peu d'émotions) sont tous des indicateurs de mauvais pronostic et augmentent le risque de développement de troubles de la personnalité antisociale à l'âge adulte.

**En résumé: La caractéristique essentielle du trouble de conduite est un comportement répétitif et persistant manifesté par la violation des droits fondamentaux d'autrui ou la violation des règles/normes sociales.**

- **Le traitement psychosocial, la formation sur la guidance parentale et la résolution de problèmes, et la thérapie individuelle et/ou familiale sont nécessaires pour améliorer les résultats des patients.**
- **Le traitement pharmacologique pour la comorbidité TDAH / trouble de conduite peut exiger une combinaison de médicament pour le TDAH et un médicament qui cible l'agression.**

#### **TDAH et le trouble de personnalité limite (TPL)<sup>43</sup>**

Le TPL peut se développer chez les deux sexes, mais il est plus fréquent chez la femme. Il est important de rappeler que l'individu doit être âgé de plus de 16 ans avant que le diagnostic formel de TPL puisse être appliqué. Bien que les patients atteints de TPL soient souvent impulsifs, instables et qu'ils aient aussi des difficultés au niveau des fonctions exécutives, la présence de rage, la sensation chronique de vide intérieur, la perturbation de l'identité, les symptômes dissociatifs, l'utilisation de mécanismes primitifs de défense, le développement d'actions délibérées autodestructrices, l'anxiété d'abandon et les gestes suicidaires différencient les deux troubles. Bien que les patients souffrant de TPL puissent être atteints de TDAH, le TPL est le trouble plus sévère et plus susceptible d'influencer l'évolution et le pronostic. Par conséquent, le TPL devrait être traité et stabilisé avant de commencer le traitement du TDAH. Il faut



faire preuve d'une certaine prudence avec l'utilisation d'un traitement pharmacologique en raison du risque d'abus potentiel, d'usage erroné, de surdose, de détournement, d'activation et de dérèglement d'humeur.

Cependant, un traitement efficace du TDAH sous-jacent au TPL peut favoriser la participation active et efficace aux traitements psychosociaux du TPL. Les patients atteints de TPL qui ont des symptômes évidents de TDAH pendant leur enfance s'attendent souvent à ce que le traitement du TDAH à l'âge adulte résolve leurs problèmes de personnalité et ils sont frustrés qu'ils continuent de se battre. Dans de tels cas, il est impératif d'expliquer les limites du traitement du TDAH afin qu'ils ne réagissent pas avec une impression de rejet, un sentiment d'abandon, de rage ou de déception et de dévalorisation.

### **TDAH et le trouble de personnalité antisociale (TPA)<sup>43</sup>**

Certains jeunes atteints de TDAH et de troubles de conduite évoluent vers un TPA après l'âge de 18 (le critère d'âge est requis) et démontrent une absence de remords, de compassion et de conscience. Étant donné que certains patients atteints de trouble de personnalité antisociale peuvent être psychopathes et à la recherche de drogue, il est important de dépister au questionnaire lors de l'évaluation du TDAH la présence de cruauté, de comportements agressifs, de problèmes avec la justice et le vol. Le traitement du TDAH dans le contexte de TPA peut ne pas entraîner une amélioration fonctionnelle significative globale du patient, mais pourrait au moins améliorer leur degré d'impulsivité<sup>45</sup>. Quels que soient les changements sur la concentration, l'hyperactivité ou l'impulsivité, l'impact fonctionnel ne sera pas le même si la cible d'amélioration des symptômes est dirigée seulement vers la réduction des activités antisociales plutôt que sur l'amélioration des relations interpersonnelles et des habiletés sociales.


### **TDAH et l'anxiété<sup>43</sup>**

Il y a des patients anxieux chez qui des problèmes de concentration, d'agitation et d'autres aspects de la dérégulation sont causés par un trouble anxieux primaire et non pas par le TDAH.

- Vérifiez s'il y a d'autres signes d'anxiété et les antécédents familiaux d'anxiété
- Vérifiez si le patient présente des symptômes du TDAH qui ne sont pas typiques pour l'anxiété tels que la recherche de stimuli, la désinhibition ou la difficulté avec la gestion et l'organisation du temps
- Déterminer si les symptômes se sont développés de novo à la suite de l'apparition récente d'anxiété ou un facteur de stress particulier.

Le cours naturel du TDAH évolue vers une intériorisation des symptômes. En conséquence, l'émergence de l'anxiété peut être une extension naturelle du TDAH. Les personnes avec TDAH de type inattentif ont une plus forte propension à l'anxiété, car elles ont généralement des tempéraments intériorisés. Cela est particulièrement vrai chez les femmes qui peuvent être très sensibles et qui ont principalement des symptômes plus importants de type inattentif prédominant. Cependant, être atteint d'un TDAH expose également l'individu à des situations négatives significatives et l'anxiété peut être une compensation en lien avec la réaction face aux stressors environnementaux (afin d'éviter des situations de conflit en raison de son impulsivité, l'individu utilisera l'anxiété pour créer un contrôle interne excessif). Une fois que l'anxiété se manifeste, l'attention peut être gravement compromise. En conséquence, la comorbidité d'anxiété et d'inattention dont souffrent certains patients entraîne des dommages significatifs à leur estime de soi, une sous performance au niveau académique et d'autres types de difficultés. Il existe plusieurs formes d'anxiété décrites dans le DSM-5 et elles ont toutes certains éléments communs:

- a) le message cognitif commence toujours par les mots «qu'est qui se passerait si ...» qui est le reflet d'une tendance à anticiper le pire concernant un événement ou un résultat avant qu'il ne se soit produit
- b) une tendance à s'accrocher à des croyances, pensées, émotions et effets (soit une difficulté d'être en mesure de facilement «laisser aller»)
- c) ce phénomène est probablement lié à l'activité accrue de noradrénaline
- d) le comportement anxieux conduit à une altération du fonctionnement.


Près de 33% des enfants<sup>18</sup> ont une anxiété comorbide et ce nombre augmente à 50% chez les adultes<sup>5</sup> atteints de TDAH. Une fois le type particulier d'anxiété identifié, les traitements sont généralement les suivants: 

- *Intervention comportementale*: thérapie de relaxation, yoga, méditation, exercices, simplifier leur environnement en se débarrassant de choses, en déléguant les activités anxiogènes, en améliorant leurs habiletés organisationnelles, etc.
- *Thérapie psychologique*: thérapie cognitive comportementale (TCC) et la thérapie individuelle mettant l'accent sur le trouble anxieux spécifique
- *Traitement pharmacologique*: si le TDAH est source d'anxiété, il faut traiter le TDAH en premier. Il peut y avoir un risque d'accroître l'anxiété à court terme, il est donc important de commencer très lentement et augmenter les doses progressivement. Si l'anxiété devient trop intense, le médicament pour le TDAH doit être réduit ou retiré et l'anxiété doit être traitée spécifiquement jusqu'à ce que les symptômes soient tolérables. Ensuite, les médicaments pour le TDAH peuvent être recommencés. N'importe lequel des médicaments pour le TDAH peut être utilisé avec succès en présence d'anxiété comorbide, bien que l'atomoxétine ait été jugée particulièrement utile dans la gestion de l'anxiété avec un trouble d'attention<sup>21,22</sup>. En raison de l'inhibition 2D6, l'atomoxétine doit être utilisée avec prudence si combinée avec la fluoxétine ou la paroxétine par exemple.

### **TDAH et la dépression majeure<sup>43</sup> (DM)**

Il y a un chevauchement considérable entre les tableaux cliniques de la dépression majeure et du TDAH. Les patients souffrant de DM (sans TDAH) peuvent présenter de l'inattention transitoire, des problèmes de mémoire à court terme, de l'irritabilité, de l'impulsivité, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, de l'agitation et avoir le besoin d'être en mouvement. Toutefois, la différence avec le TDAH est basée sur deux facteurs. La DM primaire est associée à une humeur triste ou dysphorique et à une incapacité à ressentir du plaisir (l'anhédonie). Typiquement, des épisodes de dépression sont épisodiques alors que les déficits de l'attention associés au TDAH sont continus. Une altération de l'humeur définie dans le temps est qualitativement différente des atteintes fonctionnelles chroniques quant au maintien de la concentration ou de la motivation qui sont typiques du TDAH. Il y a une différence entre la faible concentration présente lors de l'épisode dépressif et des atteintes fonctionnelles chroniques au niveau de l'organisation, l'impulsivité et la difficulté d'attention soutenue qui sont présentes dans le cas du TDAH et ce même quand la personne n'est pas déprimée. Dans le contexte d'une faible estime de soi ou de dépression possible, une évaluation minutieuse des risques de suicide doit être faite.

Les patients atteints de TDAH doivent souvent faire face à l'échec et peuvent être démoralisés, déprimés ou dysthymiques. Dans ce cas, ils présentent les deux troubles. Les patients atteints de TDAH peuvent aussi donner l'impression qu'ils ont un trouble de l'humeur quand ils n'en ont pas. Le manque de motivation peut ressembler à une anhédonie, une difficulté chronique à s'endormir et un sommeil agité peuvent ressembler à l'insomnie secondaire à la DM. Les patients atteints de TDAH ont généralement l'humeur difficile à auto-moduler, se décrivent comme émotifs et parfois irritables. Cependant, ce n'est pas typique pour le TDAH, en l'absence d'un trouble de l'humeur associé, de se présenter avec une humeur dépressive importante et durable. Au contraire, beaucoup de personnes atteintes de TDAH maintiennent une humeur raisonnablement bonne malgré le rejet chronique et des difficultés avec les relations interpersonnelles et avec les habiletés sociales. Certains patients atteints de TDAH sont négatifs ou chroniquement irritables en l'absence des principaux éléments neurovégétatifs retrouvés dans un trouble de l'humeur dépressif («la vie est ennuyante» ou «Je ne me suis jamais senti bien»). La désignation la plus appropriée pour cet attribut particulier serait trouble dépressif persistant (dysthymie), car ces symptômes ne sont pas inclus dans les critères diagnostiques pour le TDAH lui-même. Des antidépresseurs peuvent être utiles dans certains cas.

Il n'est pas rare que le TDAH et la dépression coexistent. Il peut être utile d'essayer de déterminer si la dépression du patient est secondaire au TDAH ou vice-versa. La dépression ou les symptômes dysphoriques peuvent aussi être secondaires à l'arrêt des médicaments qui étaient efficaces pour traiter le TDAH . Différentes lignes directrices diffèrent sur la séquence du traitement, mais cliniquement le trouble le plus significatif, c'est-à-dire le plus sévère, précoce et envahissant, est habituellement traité en premier. L'initiation du traitement par des stimulants chez un patient souffrant de dépression mélancolique non traitée peut causer des problèmes en entraînant une aggravation du sommeil déjà perturbé et la diminution de l'appétit.

Lorsque la dépression est associée à des problèmes dans l'environnement psychosocial, les stratégies de traitement incluant la thérapie individuelle (par exemple TCC) et la thérapie familiale sont surtout indiquées<sup>5</sup>. Cependant,

une intervention pharmacologique a été démontrée utile chez les adolescents et les adultes. La démonstration de l'efficacité clinique des antidépresseurs dans les cas de dépression chez les enfants est partagée. Les médicaments stimulants peuvent exercer un effet antidépresseur léger, mais peuvent aussi produire un effet dysphorique chez 30% des patients (même si le patient n'est pas cliniquement déprimé ou rapporte des signes de dépression). L'ajustement de la dose peut améliorer les symptômes dysphoriques, l'autre option étant de passer à un autre médicament pour le TDAH. Le traitement priorisé doit cibler le trouble qui entraîne les difficultés les plus invalidantes. Cela est particulièrement vrai en présence de risque de suicide. Si la DM continue d'être invalidante ou s'aggrave, la référence à un spécialiste est recommandée. Tous les médicaments utilisés pour traiter le TDAH ont un effet antidépresseur potentiel ou peuvent causer des symptômes thymiques particulièrement lorsque le patient qui les a interrompus recommence à les prendre. Si le risque de suicide est imminent, une référence immédiate à un spécialiste ou une intervention doit être effectuée. *En présence de symptômes dépressifs, le risque de suicide devrait être également évalué lors des visites de suivi.*

#### **En résumé:**

- **Les risques de suicide dans le TDAH proviennent principalement des comorbidités et pas des stimulants.**
- **Traiter en premier la condition la plus invalidante avec le traitement le plus efficace pour cette condition,**
- **Puis traiter l'autre trouble.**
- **Certaines données suggèrent que les traitements du TDAH peuvent être moins efficaces chez les patients souffrant de dépression active et peuvent conduire à une exacerbation de la dysphorie, des troubles du sommeil et de perte d'appétit.**
- **Si un patient se présente avec une dépression chronique persistante et un TDAH, ou une dépression légère et un TDAH, alors le TDAH devrait être la priorité puisque son traitement peut conduire à une amélioration des symptômes de l'humeur.**
- **Une dépression modérée à sévère doit être considérée comme une priorité, par la suite le traitement du TDAH devrait avoir lieu.**

#### **TDAH et les troubles du spectre bipolaire**

Lors de l'examen des troubles du spectre de présentations bipolaires (BP I, II, NOS), le risque de trouble bipolaire dans la population générale est d'environ 4%. Le risque augmente dans la population des adultes atteints de TDAH. La plupart des enfants atteints de TDAH ne vont pas développer un TB, mais un indice de suspicion élevé demeure, en particulier lorsqu'un enfant ou un adolescent présente des symptômes de dépression. Tout patient souffrant d'une apparition subite d'énergie, d'irritabilité, d'idées de grandeur et d'une diminution du besoin de sommeil qui entraîne une atteinte fonctionnelle souffre, jusqu'à preuve du contraire, d'un épisode maniaque/hypomaniaque.

Les enfants et les adolescents diagnostiqués avec un TDAH peuvent également être diagnostiqués avec un trouble bipolaire, mais ce diagnostic de comorbidité est controversé chez les jeunes enfants<sup>44</sup>. Un échantillon de patients atteints de TDAH et de trouble bipolaire comorbide ont été comparés à un échantillon de patients TB sans TDAH. Ces patients atteints de TDAH avec un TB ont vécu des périodes d'apparition et de courtes périodes de bien-être à un âge plus précoce. Ils ont également été sujets à plus d'irritabilité, de violence, de problèmes juridiques et étaient moins éduqués. Cet échantillon a démontré plus de manie et de dépression de même que plusieurs tentatives de suicide. De plus, les patients atteints de TDAH et de trouble bipolaire avaient un plus grand nombre de comorbidités supplémentaires sur l'Axe 1<sup>45</sup>.

Le traitement doit généralement commencer par la gestion des symptômes du trouble bipolaire en premier. Le traitement du TDAH avec un trouble bipolaire est généralement plus compliqué et nécessite souvent l'utilisation de stabilisateurs de l'humeur et/ou d'antipsychotiques atypiques. Il y a un très faible risque de passer d'une euthymie ou d'une dépression à la manie quand un patient bipolaire prend un médicament stimulant. Si cela se produit, le stimulant doit être interrompu et un traitement pour le trouble bipolaire doit commencer. Une fois l'humeur du patient est stabilisée, il faut recommencer prudemment le médicament stimulant (commencer à faible dose et aller lentement)<sup>248, 43</sup>. Certains patients ont une forme précoce de TB caractérisée par des variations graves d'humeur, des crises de colère

intenses, de l'irritabilité et de la distractibilité et de l'hyperactivité associée à des comportements autodestructeurs impulsifs. Les caractéristiques distinctives comprennent des symptômes de grandeur, d'euphorie et le pattern de cyclicité. Les antécédents familiaux de TB sont importants. Cependant, les enfants de parents bipolaires sont aussi plus susceptibles d'avoir le TDAH dans 8-10% des cas, ce qui dépasse même le risque de développer un TB qui est à 5% des cas<sup>45</sup>. D'autres caractéristiques distinctives comprennent des symptômes cycliques discrets de labilité émotionnelle en TB plutôt que des symptômes continus dans le TDAH, psychoses ou perceptions grandioses associée au TB ne sont pas présentes dans le TDAH, et possiblement l'apparition d'un état dépressif et la somnolence après des épisodes de rage dans les cas de TB par opposition à la récupération vers l'état habituel, de base, dans le TDAH à la suite d'une crise de colère.

**DC** À l'adolescence et à l'âge adulte, la TB doit être considérée comme le diagnostic principal s'il y a des symptômes d'humeur, de grandeur et d'hypersexualité importants, cycliques, épisodiques et distincts. Les stabilisateurs de l'humeur (le carbonate de lithium, les anticonvulsivants et les antipsychotiques atypiques) sont le traitement de choix pour le trouble bipolaire<sup>46</sup>. Le traitement d'un trouble bipolaire ou d'une combinaison TB et TDAH requiert l'intervention en spécialité et une référence est requise.

### **TDAH et le trouble de la régulation émotionnelle**

Les critères pour un diagnostic du trouble de la régulation émotionnelle (DMDD) sont entre autres: de graves explosions de colère récurrentes qui sont manifestement disproportionnées (verbales et/ou physiques) se produisant trois fois ou plus par semaine dans au moins deux moments différents pour 12 mois ou plus. Les diagnostics sont généralement faits entre les âges de 6 et 10 ans et ne peuvent pas être faits avant l'âge de 6 ans ou après l'âge de 18 ans. L'humeur généralement entre les accès de colère semble être irritable. Ce diagnostic a été créé pour répondre aux préoccupations concernant le risque d'excès de diagnostic et de traitement pour le trouble bipolaire chez les enfants<sup>246</sup>. Une étude menée par Copeland et al.<sup>249</sup> sur quelques 3258 participants âgés de 3 à 17 ans a démontré un taux de prévalence de 0,8 % à 3,3%, avec le taux le plus élevé à l'âge préscolaire. Des études ont indiqué que le trouble de la régulation émotionnelle est un trouble fréquemment en combinaison de comorbidité (62 % à 92 %). Le plus haut taux de combinaison de comorbidité est avec la dépression (ratio de probabilité de 9,9 à 23,5) et le trouble d'opposition avec provocation (de 52,9 à 103,0). Le taux de cooccurrence avec le TDAH est de 2,9 à 12,6.

La condition a été associée à une altération sociale significative, la suspension de l'école, l'usage de substances et de la pauvreté. Ainsi, la possibilité d'un trouble de la régulation émotionnelle doit être envisagé chez les patients avec des explosions fréquentes de colère et d'humeur irritable, à la fois comme un différentiel ou en comorbidité avec le TDAH. Une combinaison de médicaments et d'interventions psychosociales est nécessaire pour traiter cette combinaison de comorbidité.

### **TDAH et le trouble du spectre autistique**

Selon la littérature:

- Jusqu'à récemment, le TDAH n'était pas reconnu chez les personnes avec des troubles du spectre autistique, mais les chercheurs et les médecins reconnaissent maintenant l'importance de traiter les deux pathologies lorsque qu'elles coexistent et ont un impact fonctionnel
- Jusqu'à 58% des personnes atteintes d'autisme et 85% des personnes diagnostiquées sur le continuum de troubles du spectre autistique (précédemment dénommé syndrome d'Asperger) ont également tendance à répondre à l'ensemble des critères pour le TDAH<sup>24</sup>
- Les déficits attentionnels dans l'autisme ont tendance à être plus de type «ne pas écouter» et «difficulté à changer son focus» que de type «attention de courte durée» et «distractibilité excessive»
- Les médicaments utilisés pour traiter le TDAH peuvent aider à réduire l'impact fonctionnel du TDAH chez la majorité des patients atteints de TDAH et de troubles du spectre autistique comorbides, mais l'effet est moindre que dans le TDAH seul
- Chez un patient présentant un tableau clinique dans le registre du spectre de l'autisme, on observe aussi une fréquence plus élevée d'effets secondaires tels que la dysphorie<sup>51</sup>

✓ **Le titrage de la posologie dans cette population doit donc être fait à un rythme plus lent pour minimiser les effets indésirables.**

## TDAH et les dépendances

*Abus de substances/toxicomanie (Substance Use Disorder - SUD)<sup>24, 52-56</sup>*

Le taux de comorbidité des troubles d'abus de substances et du TDAH est élevé. La littérature suggère que le quart des adultes avec un SUD et la moitié des adolescents avec un SUD souffrent aussi de TDAH. Les adultes avec un SUD démontrent également un risque plus élevé pour le TDAH, de même que l'apparition précoce et un SUD plus sévère associé avec le TDAH. Plusieurs auteurs révèlent qu'un taux plus élevé de SUD fut enregistré chez les adultes atteints de TDAH que dans la population générale et le TDAH en soi est un facteur de risque du SUD. Les patients atteints de troubles bipolaires ou de conduite cooccurrents avec un TDAH ont une plus grande probabilité de développer un SUD et un trouble comorbide majeure. Le TDAH était lié au SUD, mais l'effet principal était lié à des troubles de conduite.

Le TDAH peut être un prédicteur important d'initiation précoce aux cigarettes. Les personnes commencent par des cigarettes, puis l'alcool et d'autres drogues de dépendance. Il existe une certaine controverse sur le lien entre le traitement du TDAH et l'usage de substances. Certains chercheurs suggèrent que le TDAH et la «soif ressentie» d'un SUD partagent des similitudes neurobiologiques, aussi que le traitement du TDAH peut réduire «la soif» pour des substances et par la suite, réduire le risque de rechute. L'ensemble de la littérature semble suggérer que le traitement précoce de stimulant réduit ou retarde l'apparition du SUD et peut-être l'usage de cigarettes à l'adolescence, mais cet effet est perdu à l'âge adulte. L'hypothèse de l'automédication est plausible dans le TDAH. En outre, le faible niveau d'autocritique et l'impulsivité associés avec le TDAH peuvent faciliter le développement du SUD.

La cocaïne et l'abus de stimulants ne sont pas surreprésentés dans le TDAH. En fait, la marijuana continue d'être la substance la plus couramment consommée. Le méthylphénidate ne possède pas le même le risque d'abus que la cocaïne dû à une dissociation plus lente au point de départ, une absorption plus lente dans le striatum et une liaison et une dissociation plus lentes de la protéine transporteuse de la dopamine par rapport à la cocaïne.

Le groupe d'individus atteints de TDAH qui est plus à risque d'usage erroné et de diversion sont ceux souffrant de toxicomanie et des troubles de conduite. Les médicaments à libération immédiate et, à un moindre degré, les médicaments à libération prolongée avaient été détournés ou mal utilisés. Les besoins quant aux types de traitement pour des personnes atteintes de TDAH et de SUD doivent être envisagés simultanément; cependant celui pour le SUD doit être considéré en premier, si possible. Si le SUD est actif, une attention immédiate doit être faite pour stabiliser la dépendance. Selon la gravité et la durée du SUD, les individus peuvent nécessiter un traitement en milieu hospitalier. Les groupes d'entraide et une TCC peuvent également être utiles. Les personnes atteintes de SUD avec un TDAH nécessitent des interventions pour le TDAH (et, le cas échéant, pour des troubles psychiatriques comorbides). Les patients atteints de TDAH et de SUD nécessitent une intervention multimodale intégrant à la fois un traitement pour la dépendance et pour le problème en santé mentale<sup>52, 54-57, 43, 250-252</sup>.

Les patients atteints de TDAH présentent un risque significatif d'utiliser des substances illicites (en particulier la nicotine, la cocaïne et cannabis) et ce, à un âge plus précoce que la population générale<sup>54</sup>. Les troubles concomitants avec le TDAH, comme les TC et TPL, augmentent la probabilité de toxicomanie<sup>55</sup>. Bien que les patients atteints de TDAH puissent s'auto-médicamenter avec des substances illicites, il est important de dissiper leur conviction que l'utilisation de substances illicites représentent un avantage thérapeutique positif. L'abus et la dépendance aux substances illicites est un diagnostic en soi et les données à ce jour ne démontrent pas que le traitement du TDAH dans cette population (toxicomanie installée) permettra à lui seul d'éliminer l'abus de substances<sup>56</sup>. Il est donc essentiel d'explorer les antécédents de consommation et de rechercher la présence de toxicomanie en entrevue individuelle.

**Conseil pratique:** Avec un adolescent, lui demander en premier si ses amis utilisent des drogues ou d'alcool. Une réponse positive suggère qu'il/elle est un sujet à risque élevé. En présence de toxicomanie, il existe une controverse sur le moment opportun d'amorcer le traitement pharmacologique du TDAH. Même si le Comité des LDC estime qu'il est important de traiter en premier la problématique de consommation de substances (abus/dépendance), il reconnaît aussi que le traitement concomitant du TDAH peut être nécessaire.


Les patients atteints de TDAH ont un risque deux fois plus élevé de développer de la toxicomanie et de la dépendance,

y compris l'utilisation quotidienne de marijuana, d'alcool, de tabac et d'autres drogues<sup>57</sup>. Par ailleurs, il est aussi vrai que les patients (qui n'ont peut-être pas de TDAH) mais qui présentent des problèmes d'abus/dépendance et qui consomment activement vont aussi développer des symptômes d'attention, de comportement et d'autocontrôle qui imitent le TDAH. Pour cette raison, nous ne recommandons pas de poser un diagnostic de TDAH d'emblée en présence de toxicomanie active ou de dépendance, même si l'historique de l'enfance est positif. Le diagnostic primaire dans ce cas est le problème de toxicomanie et le diagnostic de TDAH doit être reporté jusqu'à ce que le patient soit réhabilité (sobriété). Le traitement du TDAH chez les patients qui consomment de la marijuana sans dépendance ou abus est controversé, et les risques et les avantages de cette approche n'ont pas été étudiés. L'usage de marijuana «pour se calmer ou pour s'endormir» est extrêmement fréquent chez ces personnes. Refuser l'accès au traitement du TDAH comporte un risque en soi et le traitement peut aussi aider à réduire l'automédication. La marijuana peut être combinée avec des substances qui sont plus dangereuses et il est peu judicieux d'utiliser un médicament pour aider un patient à se concentrer lorsqu'il s'auto-médicamenté avec une substance qui altère les capacités d'attention à long terme.

Selon la littérature actuelle:

- le méthylphénidate n'a pas le même risque d'abus que la cocaïne en raison d'une dissociation plus lente à partir du site d'action, une captation plus lente dans le striatum et une vitesse plus lente aussi au niveau de liaison et de la dissociation de la protéine transporteur de la dopamine par rapport à la cocaïne
- selon certaines études, 11% des sujets atteints de TDAH ont vendu leurs médicaments et 22% abusent de leur médicament par rapport à 5% des contrôles. Le groupe TDAH le plus à risque de détournement et d'abus est ceux avec une problématique de consommation de substances illicites et un trouble des conduites comorbides. Des stimulants à libération immédiate, mais pas à libération prolongée, ont été détournés ou mal utilisés dans cette population
- les patients atteints de TDAH et toxicomanie nécessitent une intervention multimodale intégrant à la fois le traitement de la toxicomanie et le traitement du problème en santé mentale.


### **TDAH et autres dépendances**

La nécessité d'une rétroaction immédiate, le désir de récompenses et la recherche de risques augmentent la vulnérabilité des patients atteints de TDAH à des dépendances qui comprennent non seulement l'abus de substances, mais aussi une consommation excessive ou trop intense dans des domaines comme le sport, le magasinage, la dépendance à Internet et les jeux. Par conséquent, il est essentiel que tout dépistage pour un TDAH inclue la recherche de ces problématiques. Il est suggéré de commencer par une question générale au sujet des dépendances, suivi d'une évaluation plus détaillée et que les deux troubles soient traités séparément . Il n'existe aucune preuve que le traitement du TDAH traitera la dépendance ou que la résolution de la dépendance conduira à une amélioration des symptômes de base du TDAH.

### **TDAH et l'énurésie**

Le traitement de l'énurésie peut être amélioré par l'initiation de médicaments, en particulier si la symptomatologie est diurne. L'énurésie nocturne nécessite souvent une gestion distincte. L'intervention la plus efficace pour l'enfant motivé et sa famille est un système de conditionnement basé sur une alarme. Les options de traitement pharmacologique peuvent inclure l'utilisation de la desmopressine, DDAVP, l'imipramine et l'atomoxétine (récemment démontré)<sup>58-60</sup>.

### **TDAH et les tics<sup>61-64</sup>**

Le tic le plus courant est le clignement des yeux. Les tics se présentent sous forme de mouvements phoniques ou physiques. La recherche sur les tics et le TDAH est complexe et c'est peut-être un problème où les statistiques populationnelles ne se transposent pas toujours au niveau du individuel . Les stimulants n'en sont pas la cause, mais ils peuvent être impliqués en démasquant les tics sous-jacents. Il existe certaines données montrant que l'atomoxétine peut améliorer les tics, mais peut aussi contribuer à l'émergence de tics. Certaines études récentes suggèrent:

- les patients avec syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) en comorbidité avec le TDAH peuvent souffrir d'atteintes fonctionnelles plus sévères davantage reliées au TDAH qu'aux tics
- les interventions thérapeutiques pour le SGT comprennent l'éducation sur les tics et les maladies apparentées, la

surveillance clinique, les traitements pharmacologiques ou psychologiques et les interventions en milieu scolaire pour les enfants au besoin

- certaines études indiquent que le méthylphénidate est un traitement sûr et efficace pour le TDAH chez la plupart des enfants atteints de tics comorbides
- les agonistes alpha-2-adrénergiques tels que la clonidine et la guanfacine XR (Intuniv) se sont révélés prometteurs dans le traitement des tics, en particulier en combinaison avec le TDAH.

### **TDAH et l'épilepsie**

Certaines études ont suggéré une incidence plus élevée des symptômes du TDAH chez les enfants atteints d'épilepsie. Les cinq conditions associées fréquemment à l'épilepsie sont la perte de la santé osseuse et fractures, les accidents cérébrovasculaires, la dépression, la migraine et le TDAH<sup>65</sup>. D'autres recherches ont noté une forte tendance vers une plus grande incidence d'épilepsie chez les enfants atteints de TDAH que chez les enfants sans TDAH<sup>66</sup> et l'épilepsie chez les enfants atteints de TDAH semble être plus sévère. Enfin, il semble y avoir une réticence à diagnostiquer et à initier le traitement du TDAH chez les enfants atteints d'épilepsie<sup>67</sup>.

Il semble y avoir une certaine réticence à diagnostiquer et commencer le traitement du TDAH chez les enfants atteints d'épilepsie<sup>67</sup>. Des données antérieures indiquent que les médicaments stimulants peuvent abaisser le seuil épileptogène, bien que les données actuelles suggèrent l'utilisation de stimulants et non-stimulants dans la plupart des cas.

Les patients épileptiques adultes qui ont bénéficié d'un allègement de traitement avec le méthylphénidate démontré une meilleure qualité de vie sans altération significative de la maîtrise des crises en présence de médicaments antiépileptiques<sup>68, 254</sup>. L'apparition de nouvelles crises peuvent être gérées avec l'ajout d'un médicament antiépileptique. Certaines études suggèrent que les interactions médicamenteuses entre le méthylphénidate et les médicaments antiépileptiques inhibent le métabolisme et augmentent le niveau de médicaments antiépileptiques (AE)<sup>69</sup> **DC**. Une approche conservatrice est toujours indiquée pour les patients souffrant d'une comorbidité de TDAH et de trouble épileptique. Toutefois, le TDAH peut être traité pour la majorité des patients atteints d'épilepsie <sup>69</sup>.

### **TDAH et les atteintes cérébrales (de toute étiologie)<sup>70-74</sup>**

Les individus de tous âges atteints de TDAH sont plus à risque de blessures physiques parce qu'ils sont impulsifs, hyperactifs et inattentifs **DC**. Toute lésion du cerveau, en particulier aux lobes frontaux, peut produire un syndrome connu sous le nom de TDAH-Secondaire (TDAH-S). Les traumatismes cérébraux peuvent aussi aggraver les symptômes du TDAH préexistant. Les enfants et les adolescents atteints de TDAH sont trois fois plus susceptibles de subir un traumatisme crânien modéré ou sévère que leurs pairs sans TDAH. Les enfants et les adolescents présentant un traumatisme crânien modéré ou sévère ont une probabilité de 20% de développer un TDAH-S. La littérature sur les adultes est moins claire. Le TDAH-S peut être traité selon les mêmes principes et avec les mêmes médicaments que le TDAH classique, mais la littérature sur ce sujet n'est pas aussi étendue que pour le TDAH.

Étant donné que les commotions cérébrales et les lésions cérébrales sont des problématiques relativement fréquentes, il est recommandé que tous les patients en cours d'évaluation pour un TDAH soient interrogés pour savoir s'ils ont déjà eu une commotion cérébrale ou un traumatisme crânien dans le passé. Il est généralement admis que plus grave est la blessure cérébrale, plus grande est la probabilité de développer ou d'aggraver le TDAH. C'est le seul cas où un patient peut présenter des symptômes de novo de TDAH, sans en avoir présenté auparavant dans leur vie, avant le traumatisme crânien. Les accidents impliquant des véhicules automobiles sont la principale cause de traumatismes crâniens et les patients atteints de TDAH ont besoin de recevoir des conseils spécifiques sur la conduite automobile lorsque le médicament est efficace. (S'il vous plaît consulter la section sur le TDAH et la conduite automobile.) La littérature sur les lésions cérébrales non traumatiques acquises telles que le syndrome d'alcoolisme fœtal ou d'un AVC est moins évidente, mais beaucoup de patients avec des symptômes de TDAH peuvent répondre aux traitements standards. Les patients souffrant de lésions cérébrales peuvent être plus sensibles aux médicaments, il est donc recommandé de commencer avec des doses plus faibles. Cependant, comme pour tous les patients, le meilleur conseil est de débiter à faible dose, augmenter lentement, mais de persister avec des ajustements de dosage supérieur


jusqu'à ce que les symptômes soient réduits ou que les effets secondaires soient évidents ou que la posologie maximale soit atteinte.

### **TDAH et les troubles du sommeil**

25% à 50% des enfants et plus de la moitié des adultes atteints de TDAH souffrent de troubles de sommeil selon les études. Le sommeil joue un rôle primordial dans la fonction cognitive, l'apprentissage et la consolidation de la mémoire. La privation de sommeil et les troubles de l'architecture du sommeil peuvent entraîner des symptômes variables en gravité, allant des difficultés non reconnues dans les performances cognitives jusqu'à une somnolence et/ou fatigue qui influence de façon notable les fonctions cognitives, émotionnelles et physiques, donnant lieu à un tableau qui ressemble au TDAH ou exacerbant les symptômes d'un TDAH comorbide<sup>75</sup>.

Toutefois, il n'est pas clair si les troubles du sommeil sont intrinsèques au TDAH ou s'ils se produisent à la suite d'un trouble primaire de sommeil sous-jacent. D'une part, si les troubles du sommeil dans le TDAH sont causés par un trouble primaire de sommeil sous-jacent, la mesure dans laquelle les symptômes de type TDAH sont attribuables à la maladie du sommeil n'est pas suffisamment étudiée. La manifestation des symptômes de type TDAH dans les troubles du sommeil primaires tels que les troubles respiratoires du sommeil (TRS), les mouvements périodiques des membres pendant le sommeil (MPMS) dans le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et les troubles de la somnolence diurne excessive (SDE) comme la narcolepsie et l'hypersomnie idiopathique (HI) ont été documentés<sup>76</sup>. Compte tenu de la similitude de la présentation des symptômes entre le TDAH et les troubles primaires du sommeil, il a été suggéré que ceci peut augmenter le risque d'erreur diagnostique entre ces deux troubles<sup>77</sup>.

D'autre part, l'association entre les troubles du sommeil et la symptomatologie de type TDAH semble s'étendre à la structure du cerveau. Les études de neuroimagerie ont démontré des changements métaboliques similaires dans le cortex préfrontal (CPF) de patients atteints de TDAH et des sujets privés de sommeil<sup>78</sup>. Certaines zones du cerveau qui sont affectées dans le TDAH sont les mêmes qui sont impliquées dans la régulation du sommeil. L'activation des zones du cortex par le mésencéphale et le locus coeruleus (LC) est nécessaire pour une attention soutenue et la vigilance<sup>79</sup>.

L'attention et la vigilance à leur tour sont des propriétés qui définissent l'état de veille, et le processus autonome qui permet de passer de l'état de veille à l'état de sommeil et l'inverse est régi par les changements en lien avec le degré d'excitation du cerveau. Dans le TDAH, on a rapporté que les sujets semblent présenter des problèmes au niveau du degré d'activation cérébrale et des atteintes dans le fonctionnement cortical . Ainsi, il a été proposé que les troubles du sommeil comme l'insomnie ou l'hypersomnie résultent d'un état d'éveil pathologique, d'un état d'excitation corticale anormale et, par conséquent, ces problèmes de sommeil seraient intrinsèques au TDAH<sup>80</sup>.

### **TDAH et le trouble obsessionnel compulsif (TOC)<sup>82-86</sup>**

Certaines études suggèrent qu'un tiers des enfants et des adolescents atteints d'un trouble obsessionnel compulsif peuvent également être atteints de TDAH. Les médecins qui évaluent des patients pour un TDAH devraient toujours s'informer des symptômes de TOC pour établir un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif. Le traitement des deux troubles doit être mené simultanément. Les médicaments utilisés pour traiter le TDAH ne sont pas efficaces pour le traitement d'un trouble obsessionnel compulsif et inversement. La TCC est souvent efficace dans le traitement de certains types de TOC.

### **TDAH et le trouble développemental de la coordination**

Bien qu'il n'y ait pas de taux précis de la prévalence de la comorbidité de ces deux troubles, il semble que lorsque le TDAH se produit en présence de troubles de la coordination présents depuis l'enfance, la réponse au traitement serait faible dans une haute proportion (58% des cas)<sup>87</sup>. Une mauvaise écriture (difficilement lisible ou de type brouillon par exemple) des problèmes d'équilibre et de la dyslexie peuvent être liés à un dysfonctionnement du cervelet et être associés au trouble du développement de la coordination. L'évaluation en ergothérapie est justifiée pour émettre des recommandations. Pour pallier aux problèmes d'écriture, il est suggéré d'entraîner l'enfant à apprendre à utiliser le clavier et utiliser certains logiciels (par exemple la reconnaissance vocale).

### **TDAH et troubles des conduites alimentaires**



En 2004, Kooij a suggéré que la boulimie était plus fréquente chez les patients atteints de TDAH que chez les patients sans TDAH<sup>255</sup>. En 2005, Wentz et al. ont révélé que le TDAH est plus répandu dans l'anorexie mentale de type purge<sup>256</sup>. En 2007, Biederman a indiqué que les femmes souffrant d'un TDAH sont 3,6 fois plus susceptibles de répondre aux critères des troubles des conduites alimentaires<sup>257</sup>. En 2007, Sobanski a révélé que le taux de prévalence du TDAH chez les troubles des conduites alimentaires est de 11,4%<sup>258</sup>. Ainsi, les femmes souffrant d'un TDAH devraient être examinées pour un trouble des conduites alimentaires, et vice versa. Des patients souffrant d'anorexie et d'un TDAH pourraient demander un traitement pour le TDAH afin de perdre du poids.

### **TDAH et l'obésité**

«Il existe une forte association entre le surpoids/l'obésité et des symptômes du TDAH chez les enfants, les adolescents et les adultes. Il est suggéré que les comportements d'inattention et impulsifs qui caractérisent le TDAH pourraient contribuer à la suralimentation. La consommation d'aliments de restauration rapide riches en gras, en sucre et en sel peut être un facteur contribuant à l'obésité chez les patients atteints de TDAH comme une forme d'automédication ou de toxicomanie. Cette hypothèse peut être étayée par le fait que la toxicomanie est nettement plus élevée chez les personnes souffrant d'un TDAH que chez la population générale. Des recherches complémentaires sont nécessaires dans ce domaine.» [pris de Davis, C: Attention deficit/hyperactivity disorder: associations with overeating and obesity<sup>259</sup>]