

## Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte : une prise de position des experts portugais en matière de diagnostic et de traitement

### Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité chez l'adulte : position des experts sur le diagnostic et le traitement portugais

Nuno MADEIRA<sup>1,2,(\*)</sup>, Gustavo FRANÇA<sup>4</sup>, Gustavo JESUS<sup>5(6)(7)(8)</sup>, João M. FERNANDES<sup>9</sup>, Susana S. ALMEIDA<sup>10</sup>, Carlos N. FILIPE<sup>11,12</sup>✉<sup>13</sup>  
Acta Med Port 2025 Mar;38(3):187-196 • <https://doi.org/10.20344/amp.22149>

#### RÉSUMÉ

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental qui persiste souvent à l'âge adulte. Le TDAH non traité chez les adultes est lié à un risque accru de criminalité et de mauvais résultats scolaires et professionnels. Moins de 20 % des adultes atteints de TDAH sont diagnostiqués et traités, en raison du chevauchement des symptômes avec d'autres troubles mentaux, de l'existence de comorbidités ou d'un manque de connaissances et de préjugés sur ce trouble. Ce document de synthèse est le résultat de réunions d'experts auxquelles ont participé six psychiatres portugais expérimentés dans la prise en charge du TDAH chez l'adulte. Il vise à orienter les stratégies de diagnostic et de traitement, ainsi qu'à aborder les principaux obstacles et dans le suivi de ces patients dans le contexte portugais, en termes de diagnostic et de traitement. Ce document vise également à clarifier et à démystifier les préjugés, à accroître la conscience médicale et à promouvoir la discussion afin d'élaborer des lignes directrices améliorant le diagnostic, le traitement et la qualité de vie des adultes atteints de TDAH au Portugal.

**Mots clés :** adulte ; trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité/diagnostic ; trouble de l'attention hyperactivité/déficitaire avec traitement ; Portugal

#### INTRODUCTION

#### RÉSUMÉ

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental qui persiste souvent à l'âge adulte et qui touche environ 1,5 % à 3 % de la population adulte au Portugal. Le TDAH non traité chez les adultes est associé à des risques accrus de toxicomanie, de criminalité et de mauvais résultats scolaires et professionnels. Moins de 20 % des adultes atteints de TDAH sont correctement diagnostiqués et traités en raison du chevauchement des symptômes avec d'autres troubles mentaux, du manque de sensibilisation et des préjugés entourant ce trouble. Ce document de synthèse est le fruit de réunions d'experts auxquelles ont participé six spécialistes portugais de la prise en charge du TDAH chez l'adulte. Il vise à orienter les stratégies de diagnostic et de traitement, ces patients dans le contexte portugais, en particulier en ce qui concerne le diagnostic et le traitement. En outre, il cherche à clarifier et à démystifier les idées fausses, à accroître la sensibilisation médicale et à promouvoir la discussion en vue de l'élaboration de lignes directrices visant à améliorer le diagnostic, le traitement et la qualité de vie des adultes atteints de TDAH au Portugal.

**Mots clés :** adulte ; trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité/diagnostic ; trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité/thérapie ; Portugal

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental qui débute dans l'enfance, dont la prévalence mondiale dans la population adulte est estimée à 2,5 % (1,5 % - 3 % au Portugal) et dont l'étiologie est multifactorielle, avec une forte composante génétique associée.<sup>1(2)</sup> Bien qu'il apparaisse dans l'enfance avec une persistance ultérieure des symptômes à l'âge adulte (15 % - 65 % des patients), le diagnostic de TDAH à l'âge adulte peut être posé sans diagnostic préalable en pédiatrie.<sup>5(8)</sup>, de nouvelles preuves suggèrent que le TDAH

peut avoir une évolution fluctuante, avec des périodes d'absence de symptômes ou de symptômes légers fonctionnalité préservée, suivies avec une période de symptomatologie évidente et de dysfonctionnement aggravé - ce qui peut expliquer les patients adultes atteints de TDAH sans antécédents de symptômes suffisamment intenses ou perturbateurs dans l'enfance ou l'adolescence.<sup>9</sup> Il existe également des tableaux cliniques de TDAH secondaire chez l'adulte qui sont subséquents à des situations telles qu'une encéphalite virale ou une lésion cérébrale, traumatique avec des mécanismes physiopathologiques différents de l'affection primaire.<sup>10,11</sup>

1. Institut de Coimbra pour l'imagerie biomédicale et la recherche translationnelle/Institut des sciences nucléaires appliquées à la santé (CIBIT/CNAS), Université de Coimbra. Université de Coimbra. Portugal.
2. Institut de psychologie médicale. Faculté de médecine. Université de Coimbra. Coimbra. Portugal.
3. Centre de responsabilité psychiatrique intégré. Unité de locale santé de Coimbra. Coimbra. Portugal.
4. Service de local santé mentale de l'ouest de Porto. Hôpital . Magalhães Lemos Unité de locale santé de Santo António. Porto. Portugal.
5. Institut des . sciences biomédicales Abel Salazar Université de Porto. Université de Porto. Portugal.
6. Service de psychiatrie. Hôpital de . Vila Franca de Xira Unité de locale santé de l'estuaire du Tage. Lisbonne. Portugal.
7. École de . médecine Católica Université . catholique portugaise Rio de Mouro. Portugal.
8. Partenaires en neurosciences (PIN). Paço de Arcos. Portugal.
9. Centre d'aide au développement de l'enfant (CADIn). Institution de privée solidarité sociale. Cascais. Portugal.
10. Service de psychiatrie. Institut portugais d'oncologie. Porto. Portugal.
11. Faculté de médecine. Université de Porto. Porto. Portugal.
12. Hôpital CUF de Porto. Porto. Portugal.
13. École de . médecine NOVA Université de NOVA Lisbonne. Lisbonne, Portugal. Portugal.

✉ Auteur correspondant : Carlos N. Filipe [carlos.filipe@nms.unl.pt](mailto:carlos.filipe@nms.unl.pt)

Reçu : 05/08/2024 - Accepté : 20/12/2024 - Publié : 03/03/2025 2025 Copyright © Ordem dos Médicos



Les patients atteints de TDAH non traités présentent rapport à la un risque accru d'abus de substances , d', de et de dépendance accidents, de criminalité, de mauvais résultats scolaires et professionnels rejet social par leurs pairs et de conflits familiaux, par .population générale<sup>12-15</sup> En outre, ces patients présentent un risque accru d'obésité, de suicide et de décès prématuré.<sup>16</sup> Malgré l'impact fonctionnel, psychosocial et économique profond, moins de 20 % des adultes atteints de TDAH sont correctement diagnostiqués et traités.<sup>17(-)(19)</sup> Le sous-diagnostic, et par conséquent le sous-traitement, est principalement dû à l'existence de symptômes communs 'entre le TDAH et d'autres troubles psychiatriques, ainsi 'à qula présence fréquente de comorbidités et de préjugés sur cette pathologie..<sup>(18)</sup> Une reconnaissance précoce par les professionnels de la santé et un traitement efficace du TDAH chez l'adulte et de ses complications sont essentiels pour modifier l'évolution naturelle de cette pathologie et réduire la probabilité d'apparition de comorbidités à l'âge adulte Il sera ainsi possible de minimiser les risques et les souffrances de ces patients.

À cette fin, six psychiatres portugais ayant une grande expérience de la prise en charge du TDAH chez l'adulte ont organisé une série de réunions d'experts dans le but de rédiger un document destiné à guider les stratégies de diagnostic et de traitement de cette obstacles rencontrés dans le suivi de ces patients dans le contexte portugais. Ce document, basé sur des preuves scientifiques et l'expérience clinique des experts, vise à fournir des informations sur les pratiques de référence, permettant à la communauté médicale prendre en charge le pathologie, en s'attaquant aux principaux 'de TDAH chez l'adulte afin d'améliorer le suivi et la qualité de vie de ces patients.

## MANIFESTATIONS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DE LA PHDA CHEZ L'ADULTE

Comme en pédiatrie, le noyau du symptomatique central TDAH comprend des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. Cependant, leur expression phénotypique varie au cours du développement et du vieillissement de la personne, dans une interaction complexe avec des facteurs sociaux . et contextuels À l'âge adulte, les symptômes 'd'hyperactivité tendent à diminuer en intensité, ce qui traduit parse

<sup>(20)</sup> Ces patients se plaignent souvent d'agitation (mentale et intérieure), de difficultés attentionnelles et mnésiques, de difficultés à gérer le temps, les activités et les routines, de procrastination - les dont effets combinés se traduisent souvent par une faible estime de soi, un manque d'efficacité personnelle et des fluctuations émotionnelles marquées.

Les origines les plus courantes des consultations pour le TDAH, selon les experts, sont résumées dans la figure 1. En milieu hospitalier, une proportion importante de patients

atteints de TDAH passent directement des services de pédopsychiatrie ou de neuropédiatrie aux services de psychiatrie du développement lorsqu'ils atteignent l'âge de Ces patients peuvent avoir une présentation clinique plus sévère et un risque plus élevé de comorbidités (avec d'autres troubles du développement neurologique, par exemple). 18 ans. Toutefois, un grand nombre de ces patients ne pas reviennent en consultation après avoir atteint l'âge de la majorité. <sup>21</sup> Un autre groupe de patients est constitué d'adultes qui peuvent être par eux-mêmes ou, dans le cadre des soins de santé primaires, par leur médecin généraliste parce qu'ils présentent des symptômes qui affectent leurs performances scolaires ou professionnelles, et qui sont soupçonnés d'être atteints de TDAH. Un autre groupe courant est constitué de patients dont les parents au premier degré ou les proches ont été diagnostiqués comme souffrant de TDAH et qui, ayant vu leurs propres symptômes confirmés, cherchent également à obtenir une évaluation .formelle

## Établir un diagnostic de TDAH chez l'adulte

Actuellement, plusieurs lignes directrices cliniques internationales fournissent des indications détaillées sur les méthodes de diagnostic du TDAH chez l'adulte.<sup>22)(25)</sup> Il existe un consensus sur le fait que la meilleure stratégie de diagnostic du TDAH adulte est un entretien clinique approfondi, qui permet de vérifier l'existence de signes et de symptômes dysfonctionnement depuis l'enfance, avec une évaluation du dysfonctionnement et de l'impact causé par ces symptômes dans les différents domaines de la vie . du patient Ces signes doivent être recherchés rétrospectivement et leur présence identifiée avant l'âge de 12 ans, et sont repris dans les critères du "Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux" <sup>(26)</sup> DSM-5. Cependant, ces critères sont parfois considérés comme insuffisants, et la division en seulement deux dimensions symptomatiques (déficit d'attention et hyperactivité/impulsivité) mérite d'être revue. 'impulsivité et l'ont désormais considérées L'hyperactivité dimensions symptomatiques distinctes comme des , et l'on s'accorde de plus en plus à penser qu'une considérée quatrième dimension - la dysrégulation émotionnelle - devrait être comme faisant partie du noyau symptomatique du TDAH, plutôt que comme une comorbidité associée(25) .<sup>25</sup> Il est également essentiel de prendre en compte l'impact combiné des symptômes, même si l'individu ne remplit pas tous les critères diagnostiques du DSM-5<sup>(26)</sup> ce qui est particulièrement important chez les patients présentant des tableaux cliniques atypiques ou des comorbidités (telles qu'un trouble du développement intellectuel ou un trouble du spectre autistique) qui peuvent rendre difficile l'évaluation symptomatique. L'utilisation de l'entretien entretien *diagnostique pour le semi-structuré TDAH chez les adultes* (DIVA ; version portugaise disponible à l'adresse : <http://www.divacenter.eu>) dans l'clinique est .essentielle

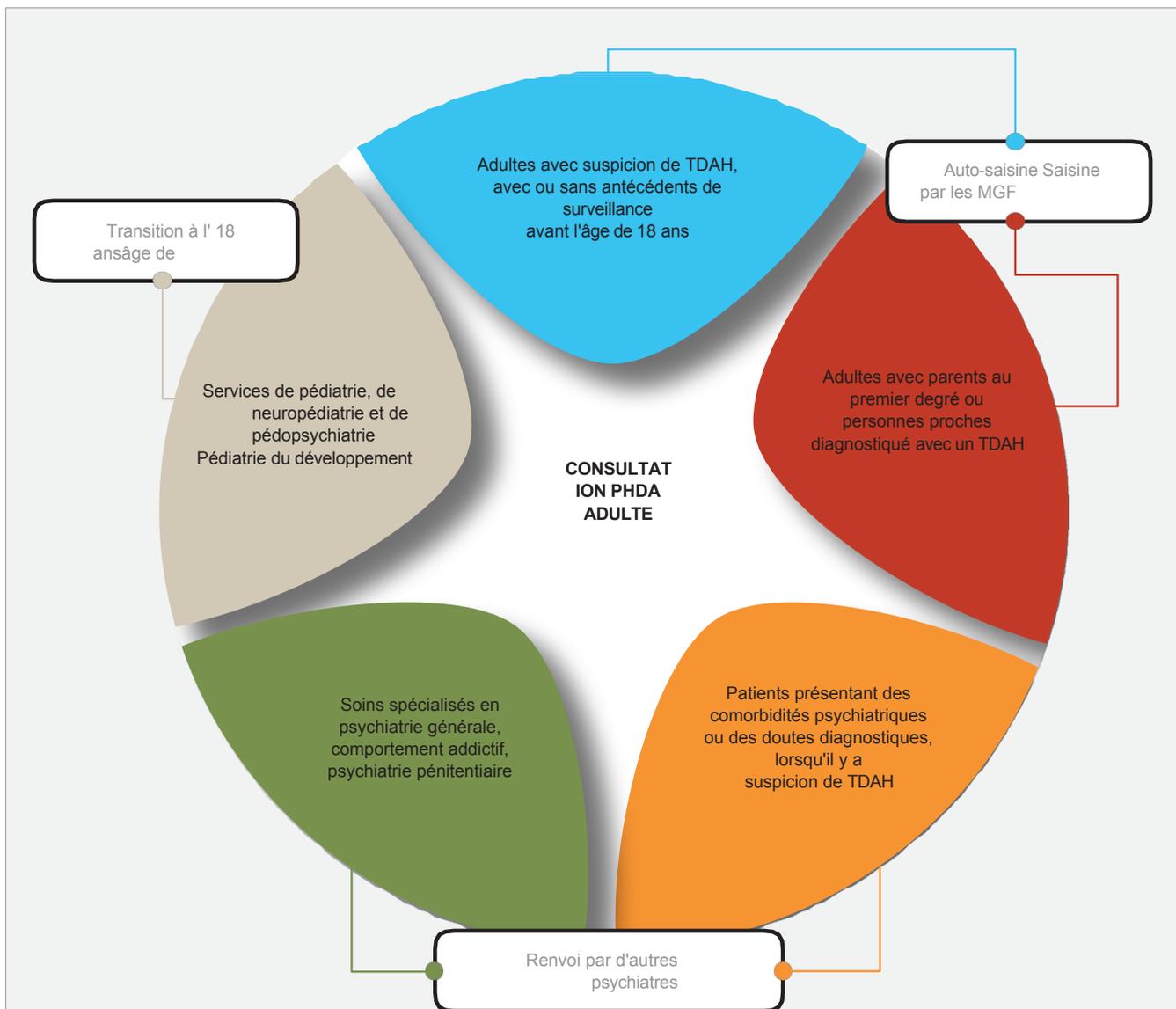


Figure 1 - Origine des demandes de consultation pour le TDAH chez l'adulte  
 MGF : médecine générale et familiale ; PHDA : trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

Il fournit aux psychiatres un cadre standardisé pour l'évaluation symptomatologique et des aux patients exemples pratiques pour réfléchir à la présence du trouble dans l'enfance et à l'âge adulte. Un autre exemple d'entretien semi-structuré est l'évaluation du TDAH chez l'enfant (ACE/ACE+/ACEv.2 ; version portugaise brésilienne disponible sur : <https://www.psychology-services.uk.com/adhd>), qui, bien que plus détaillée dans l'évaluation des aspects de l'enfance et de l'adolescence, n'est pas actuellement validée en portugais au Portugal. Il existe également des échelles disponibles pour l'(auto)évaluation symptomatique évaluation et le dépistage du TDAH chez les adultes<sup>28,29</sup> - toutefois, les experts soulignent que leur utilisation doit être prudente plus détailléeet toujours complétée par une .

l'entretien clinique afin de garantir un diagnostic précis.

Il est essentiel d'étudier la présence de symptômes dans l'enfance, leur persistance et leur manifestation dans divers contextes sociaux et le fonctionnement individuel à l'âge adulte (tableau 1). Outre l'examen spécifique des symptômes du TDAH, il est également important de rechercher d'autres signes et symptômes fréquemment associés, tels que la labilité de l'humeur, les altérations de la , les modifications du comportement alimentaire et la dysrégulation du cycle veille-sommeil, ainsi qu' faible tolérance à la frustration et la régulation émotionnelleprésence de comorbidités psychiatriques. Les éventuels biais de mémoire, les troubles de la mémoire factuelle et la grande capacité d'adaptation et de compensation de ces patients peuvent compromettre l'exactitude des informations fournies.

**Tableau 1** - Principaux *signaux d'alerte* pour suspecter le diagnostic de TDAH chez l'adulte

Troubles liés à la consommation de substances psychoactives, réfractaires aux diverses interventions médicales et psychologiques.
Troubles dépressifs et troubles anxieux, résistants à diverses interventions psychopharmacologiques, psychothérapeutiques ou de neuromodulation.
Symptômes cognitifs persistants, éventuellement non reflétés par une évaluation neuropsychologique formelle, et non expliqués par une autre maladie neurologique (par exemple, neurocognitif trouble , sclérose en plaques) ou un trouble mental (par exemple, dépression).mineur
État psychopathologique atypique, en présence de troubles du développement neurologique et/ou d'antécédents familiaux au premier degré de troubles du développement neurologique.
Instabilité académique et/ou professionnelle.
Personnalité caractérisée par un refus de l'ennui et , ainsi que par la un manque d'intérêt pour les tâches répétitivesrecherche de la nouveauté.
Difficultés à conduire, se traduisant par plusieurs accidents de la route ou des amendes fréquentes.
Modèle d'instabilité dans les relations amoureuses, difficile à intégrer dans la personnalité de l'individu.
Perturbation de la performance personnelle (notion de dissociation entre le potentiel d'objectif une personne et sa réalisation ).
Réponses paradoxales à la caféine et aux drogues récréatives ayant des propriétés stimulantes.
Un schéma de violence interpersonnelle, principalement dans un contexte impulsif, et des .antécédents de délits

recueillies au cours de l'entretien clinique. Par conséquent, devrait une hétéro-anamnèse avec un parent membre de la famille ou un proche . être envisagéeCette validation réduit le risque de simulation.également <sup>30,31</sup> Dans certains cas, une évaluation neuropsychologique peut être utile, en particulier chez les adultes présentant des troubles cognitifs ou des difficultés d'apprentissage.<sup>32</sup>

**Les comorbidités comme facteurs de confusion dans le diagnostic**

Le TDAH chez l'adulte est souvent associé à la présence de comorbidités, ce qui le rend difficile à reconnaître et à diagnostiquer. Jusqu'à 80 % des adultes atteints de TDAH présentent au moins une comorbidité psychiatrique<sup>33, de r34</sup>, qui peut inclure des troubles anxieux (34 %), des troubles de l'humeur (22 %), des troubles de la personnalité l'humeuranxiété, de l'alimentation(15 %) et des et les troubles troubles de troubles liés à l'utilisation de liés à l'utilisation de substances troubles substances11 %). ,<sup>35</sup>Les auteurs considèrent qu'il est essentiel d'identifier et de gérer efficacement les comorbidités (par exemple, les , du sommeil, les somatiques ) les troubles de l'humeur, de l'anxiété, de l'alimentation, du sommeil, les troubles somatiques et les troubles liés à l'utilisation de substances, ainsi que les troubles de la personnalité, les ti- ques et les troubles du spectre autistique).

Le problème du sous-diagnostic peut être particulièrement aigu chez les femmes adultes atteintes de TDAH. Dans ces cas, le tableau clinique peut une prédominance des symptômes attentionnels et émotionnels, dans une présentation qui est fondamentalement ressentie par la elle-même, ainsi que des comorbidités avec des troubles dépressifs montrerpatienteet anxieux, qui peuvent être confondus avec d'autres troubles psychiatriques et rendre le diagnostic difficile ou .tardif

These symptoms are often confused with dysthymia, cyclothymia, bipolar affective disorder personality disorderand *borderline* . Daily mood fluctuations can be common in some ADHD patients, typically appearing with an identifiable trigger and representing dysregulationemotional , as opposed to longer periods of mood fluctuations, with depressive or hypomanic/manic with no obvious trigger, usually episodes present in bipolar . Le TDAH et le spectrum patientstrouble de la personnalité *borderline* peuvent avoir en commun des symptômes d'impulsivité, d'instabilité de l'humeur, d'accès de colère et de sentiment 'dennui. Cependant, chez l'adulte atteint de TDAH, contrairement au patient souffrant d'un trouble de la personnalité *borderline*, l'impulsivité et la colère sont typiquement fugaces et impulsives plutôt que dirigées, et les conflits relationnels, les idées suicidaires, l'automutilation, les troubles de l'identité et les sentiments d'abandon sont généralement moins intenses. est une autre affection clinique qui peut être ou se superposer Le trouble obsessionnel-compulsif au TDAH chez l'adulte, en raison de l'existence possible de comportements répétitifs compensatoires (développés par les patients pour faire face à leurs difficultés d'attention), qu'il convient de distinguer des rituels compulsifs.

Outre les comorbidités psychiatriques, les comorbidités physiques devraient également être évaluées, telles que le syndrome métabolique, l'obésité et les maladies cardiovasculaires maladies cardiovasculaires- étant donné le lien connu entre le TDAH et les .

**Tableau 2 - Principaux obstacles et défis au diagnostic du TDAH chez l'adulte**

La stigmatisation et le manque de connaissances concernant le TDAH chez les adultes, compte tenu du manque d'alphabétisation dans la société et de l'absence de formation spécialisée pour les professionnels de la santé.
L'absence d'antécédents médicaux complets de l'individu dans les différents domaines de sa vie, de l'enfance à l'âge adulte, ainsi que d'antécédents familiaux
Difficulté d'accès aux consultations spécialisées dans les services de santé publique.
Les coûts élevés liés au suivi dans les services de santé privés.
La communauté médicale, en particulier les médecins généralistes et les psychiatres d'adultes, est peu sensibilisée au diagnostic et au traitement appropriés.
La présence de "comorbidités" qui sont souvent des conséquences de l'impact du fonctionnel TDAH et dont la présentation cartest souvent "à la fois parfois privilégiés par les professionnels de , la santé au détriment du TDAH .lui-même
Sensibilisation insuffisante et formation inadéquate des soins de santé primaires à l'identification et à l'orientation des patients. les membres de la famille atteints de TDAH.
Le développement de stratégies compensatoires par des patients adultes pour faire face à des symptômes présents depuis l'enfance et l'adolescence.

Le dépistage des allergies/asthme, des maladies auto-immunes, de l'apnée du sommeil et l'évaluation de base du poids corporel, de la pression artérielle et de la fonction cardiaque apportent une valeur ajoutée supplémentaire, notamment en termes de contrôle de la tolérance et de la sécurité du traitement pharmacologique.

**Principaux obstacles et défis au diagnostic identifiés par les experts**

Malgré la reconnaissance croissante de ce trouble, le TDAH continue d'être largement sous-évalué et sous-diagnostiqué - le tableau 2 énumère les principaux obstacles et défis au diagnostic de ce trouble rencontrés dans la pratique clinique des auteurs.

**LA PRISE EN CHARGE DE LA PHDA CHEZ L'ADULTE**

Le traitement du TDAH chez l'adulte implique une approche à , multiples facettes englobant diverses modalités thérapeutiques<sup>(14)</sup>. Les interventions thérapeutiques comprennent des approches psychothérapeutiques, notamment des thérapies comportementales et cognitives, ainsi que des psychosociales et professionnelles. Cependant, la est la première ligne de traitement, dont l'efficacité est reconnue, traitement pharmacologique.

Le choix du traitement pour ces patients doit être guidé avant tout par l'efficacité en termes de résultats fonctionnels, qui comprennent la réduction des symptômes et l'amélioration du fonctionnement quotidien, des relations interpersonnelles et de la qualité de vie. Quelle que soit la stratégie thérapeutique choisie, ses objectifs doivent toujours être alignés sur les attentes du patient et donner la priorité aux principaux domaines de dysfonctionnement ou d'impact des symptômes signalés (Fig. 2). Il convient de souligner l'effet largement bénéfique de la thérapie pharmacologique sur les symptômes qui ne sont perçus ni ni rapportés par le patient, ce qui entraîne une baisse de la qualité de vie.

améliorer le bien-être général du patient dans différents domaines de la vie.

Les comprennent les psychostimulants, tels que le méthylphénidate et les amphétamines options thérapeutiques pharmacologiques actuellement disponibles pour le traitement du TDAH chez l'adulte , qui sont généralement prescrits en première intention en raison de leur efficacité, de leur tolérance et de leur sécurité,<sup>22</sup> et les non-psychostimulants, tels que l'atomoxétine et les agonistes α2 (tableau 3). Parmi les psychostimulants, les amphétamines sont le choix préféré des professionnels de la santé et des patients eux-mêmes, en raison de leur efficacité supérieure à celle du méthylphénidate et de leur tolérabilité similaire, comme l'indiquent deux méta-analyses récentes. dans le contrôle des symptômes<sup>38,39</sup> En raison de leur efficacité reconnue, les amphétamines sont actuellement considérées comme le premier choix de traitement par le "Con- sense European for the Diagnosis and Treatment of ADHD in Adults".<sup>25</sup>

Avant de commencer un traitement pharmacologique, il est important de discuter avec chaque patient des avantages et des effets indésirables des options disponibles, de l'importance d'habitudes saines (par exemple, l'exercice physique), de la , présence d'autres symptômes

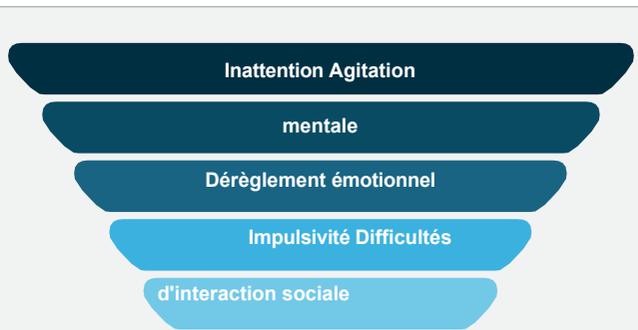


Figure 2 - Hiérarchie des plaintes fréquemment rapportées par les patients adultes atteints de TDAH et censées être traitées

LIGNES DIRECTRICES

Tableau 3 - Stratégies pharmacologiques disponibles au Portugal pour le TDAH, selon l'expérience clinique des auteurs et sur la base des Maudsley Prescribing Guidelines<sup>44</sup>

Médicaments	Début de l'action	Dose journalière initiale la plus courante	Dose journalière maximale la plus courante	Durée de l'effet
<b>Dimésylate de lisdexamfétamine</b>	20 - 60 minutes	30 mg	70 mg	Jusqu'à 14 heures
<b>Méthylphénidate à action prolongée</b> (libération prolongée)	30 min - 2 heures	18 mg	54 mg	12 heures
<b>Méthylphénidate action moyenne</b> (version modifiée)	30 - 60 minutes	20 mg	60 mg	8 heures
<b>Méthylphénidate à courte durée d'action</b> (communiqué de presse)	20 - 60 minutes	10 mg x 3	30 mg x 3	4 heures
<b>Atomoxétine</b>	4 - 6 semaines	40 mg	80 mg	Constante après trois semaines de stabilisation de l'effet

Les médicaments approuvés pour le traitement du TDAH chez l'adulte présentent un ensemble varié d'avantages et d'inconvénients, ce qui permet un choix personnalisé pour le patient. Le dimésylate de lisdexamfétamine, généralement utilisé en première intention, se distingue par son effet plus durable et son potentiel d'abus que les autres formulations d'amphétamine plus faible (non disponible au Portugal). Les formulations de méthylphénidate à action longue et moyenne (respectivement à libération prolongée et modifiée) ont des effets plus longs, bien que leur durée d'action soit plus courte que le trajet quotidien (ce qui est particulièrement important dans le cas des adultes qui doivent maintenir leurs performances dans l'environnement familial après les heures de travail). Le méthylphéni- date à courte durée d'action (à libération immédiate) offre un début d'action rapide et est utile en tant que thérapie à courte durée d'action, mais il présente un potentiel d'abus et une courte durée d'effet. Enfin, l'atomoxétine est une alternative pour les patients qui ne tolèrent pas les psychostimulants, mais elle peut provoquer des effets secondaires noradrénergiques qui doivent être dûment pris en compte et elle est moins efficace pour traiter les symptômes.

Les médecins qui entreprennent un traitement pharmacologique du TDAH doivent connaître les profils pharmacocinétiques des différentes formulations de psychostimulants, en adaptant leur choix aux besoins individuels du disponiblespatient adulte (par ex, les travail ; les situations de gestion familiale complexe, avec des horaires doubles après une journée de étudiants en fin d'études avec un à temps plein, avec les exigences nécessaires d'un traitement très prolongé, en préservant un temps suffisant pour que le patient s'en remette sans insomnie due à une éventuelle iatrogénie). emploi <sup>22</sup>Lors de la prescription de psychostimulants l'utilisation de ,formulations à libération prolongée, administrées une fois par , jourdevrait êtreprivilegiée favorableen raison de leur profil pharmacocinétique , de leur commodité, d'une meilleure observance, d'une , etc.réduction de la stigmatisation

(en évitant une administration constante dans un contexte professionnel ou d'enseignement) et un risque d'abus plus faible (par exemple pour les performances cognitives, la suppression de l'appétit ou l'usage récréatif) par rapport aux préparations à libération immédiate. Les préparations à libération immédiate peuvent être appropriées si des schémas posologiques plus souples sont nécessaires, ou lors de la titration initiale pour déterminer les niveaux de dosage corrects. La titration de la posologie doit être effectuée progressivement, sous surveillance fréquente, en particulier s'il existe des comorbidités associées, qu'elles soient psychiatriques (par exemple, troubles anxieux, de l'humeur ou psychotiques, entre autres) ou physiques (par exemple, maladies cardiaques, épilepsie, etc.). (De plus, dans le cadre de la prise en charge pharmacologique du TDAH sur des périodes prolongées (plus de 12 mois), des périodes expérimentales sans médicament peuvent être envisagées, de manière réfléchie et adaptée au contexte du patient, afin d'évaluer son fonctionnement sans pharmacothérapie (de préférence pendant les vacances scolaires ou professionnelles).

**Stratégies non pharmacologiques pour la prise en charge du TDAH chez l'adulte**

Les stratégies non pharmacologiques jouent un rôle fondamental et complémentaire au traitement pharmacologique du TDAH et devraient être prises en compte par tous les professionnels de la santé. La psychothérapie axée sur l'acquisition de compétences, menée individuellement ou en groupe, vise à apporter le soutien nécessaire au patient pour qu'il reconnaisse et affronte les défis de la vie quotidienne. %0-d ia. Il est essentiel que le patient apprenne à se fixer des objectifs réalistes, à définir des priorités, à gérer son temps et son argent, à trouver des solutions aux problèmes et à adopter des comportements adaptatifs. La planification, l'établissement de calendriers, la création de routines, le filtrage des stimuli externes et l'utilisation d'aides à la mémoire sont autant de moyens efficaces de traiter les problèmes d'inattention, de désorganisation et d'impulsivité. En outre, fournir des conseils .pratiques, conclure des accords, présenter des modifications, etc

et la promotion de l'autodiscipline et de la résilience sont des mesures importantes dans le suivi clinique de ces patients. D'autres stratégies impliquent des interventions psychothérapeutiques axées sur les symptômes de base du TDAH et ses conséquences, afin d'accroître et de renforcer la maîtrise de soi du patient et de modifier les schémas de comportement et de pensée caractéristiques de la maladie.

'utilisation exclusive de ces stratégies non pharmacologiques peut être envisagée chez les adultes atteints de TDAH qui : i) choisissent en connaissance de cause de ne pas commencer un traitement médicamenteux ; ii) montrent des difficultés à suivre un traitement médicamenteux ; iii) considèrent que le traitement médicamenteux est inefficace ou intolérable.<sup>22</sup> Le choix d'un traitement non pharmacologique renforce la nécessité d'un suivi régulier et d'une intervention psychologique axée sur le TDAH, idéalement structurée et basée sur les principes cognitivo-comportementaux<sup>22</sup> Cependant, ces approches non pharmacologiques, appropriées, lorsqu'elles sont associées à un traitement pharmacologique peuvent offrir une approche intégrée et complète de la gestion du TDAH chez l'adulte, contribuant à une amélioration significative de la qualité de vie et de la fonctionnalité.

**Traiter le TDAH en présence de comorbidités**

Le plan thérapeutique doit prendre en compte à la fois le TDAH et les éventuels troubles comorbides, et il est essentiellement déterminé par la gravité et la nature des différentes affections. La hiérarchie des traitements doit donner la priorité aux comorbidités dont les symptômes sont transitoires et qui ont un potentiel de guérison, ainsi qu'aux troubles psychotiques ou affectifs sévères qui entraînent des niveaux élevés de dysfonctionnement.

Le TDAH représente un facteur de risque important pour l'abus de substances psychoactives à l'âge adulte comme forme d'automédication, étant donné leur potentiel à soulager des symptômes tels que l'agitation, l'inattention et les troubles du sommeil associés à l'agitation mentale, mais aussi en raison du fonctionnement du circuit de la récompense résultant d'un dysfonctionnement dopaminergique. Dans ce contexte, le traitement du TDAH peut contribuer activement à la réduction de la consommation et de l'impulsivité, améliorant ainsi le maintien de l'abstinence. Cependant, le con-

a controverse sur l'utilisation des psychostimulants chez les personnes ayant des antécédents de consommation de substances (en particulier de cocaïne ou d'amphétamines) persiste, certains professionnels préconisant de retarder le début du traitement du TDAH par des psychostimulants et de ne le commencer qu'après une période d'abstinence de plusieurs semaines. Cependant, le TDAH non traité est en soi un facteur de risque connu de rechute dans la consommation de substances et a un impact négatif sur l'adhésion au traitement. Par conséquent, l'abstinence de substances peut être un objectif irréaliste à atteindre dans le cas de personnes présentant des symptômes marqués de TDAH. Il est donc essentiel de rechercher la motivation chez ces patients et de les impliquer dans des programmes de traitement intégrés dans lesquels le traitement du TDAH apparaît comme l'objectif principal, parallèlement à des stratégies spécifiques pour les troubles liés à l'utilisation de substances. Ces patients bénéficient particulièrement des formulations à action prolongée (telles que la lisdexamfétamine, le méthylphénidate à libération modifiée/prolongée et, éventuellement, l'atomoxetine), et le professionnel de la santé doit être particulièrement attentif aux signes d'abus, tels que l'absence de rendez-vous, la demande de doses plus élevées ou d'ordonnances plus nombreuses.

**Traitement sous-optimal du TDAH chez l'adulte : préoccupations et obstacles**

Le sous-traitement du TDAH chez les adultes est une préoccupation majeure, en raison du risque accru de blessures accidentelles, d'échec personnel, scolaire et professionnel, de comportements sexuels à risque, d'accidents de la route, de criminalité, de toxicomanie et de suicide, qui se traduit par des taux accrus de décès prématurés.<sup>40,41</sup> Le sous-traitement de cette pathologie résulte d'une variété de raisons, compilées dans le tableau 4, qui coïncident dans de nombreux cas, exposant les patients à un risque et à une souffrance particuliers. L'idée fautive du risque accru de mortalité lié à l'utilisation de psychostimulants chez ces patients et le manque de connaissances des professionnels de la santé face à ces patients et à leur approche pharmacologique est un facteur critique, qui nécessite une approche éducative renforcée.<sup>21</sup> patients, en dépit de leur sécurité prouvée.<sup>(42)</sup>

**Tableau 4** - Principales raisons du traitement sous-optimal du TDAH chez l'adulte au Portugal

Des craintes, des difficultés et un manque de formation spécialisée des cliniciens sur les mécanismes d'action, l'efficacité et la sécurité, les délais d'action et les moyens d'atteindre les doses thérapeutiques de psychostimulants nécessaires pour stabiliser le patient, ce qui entraîne des doses insuffisantes.

Une adhésion irrégulière au traitement psychopharmacologique, souvent motivée par la stigmatisation et la peur de la dépendance.

Choix inapproprié du médicament, qui peut ne pas être adapté au patient et à son .contexte

Pénurie de professionnels spécialisés et de consultations dans le service de national santé.

Absence d'équipes pluridisciplinaires et de protocoles de transition pour les consultations de pédiatrie et de psychiatrie du développement dans la plupart des services de psychiatrie.

est également une préoccupation mentionnée par les la santé Le succès du traitement est affecté par les même professionnels de .problèmes d'organisation des soins de santé au Portugal, étant donné le manque de consultations spécialisées et d'équipes multidisciplinaires pour suivre ces patients lors de leur première consultation ou en période de transition<sup>(21)</sup>.

**Transition du traitement du TDAH de l'enfant à l'adulte**

Malgré la nécessité évidente d'un suivi continu des patients atteints de TDAH pendant la transition entre la pédiatrie et l'âge adulte, et la nécessité fréquente de maintenir un traitement pharmacologique, il est clair que la transition entre les services de pédiatrie/psychiatrie du développement et les services de santé mentale est encore très limitée au Portugal. Cette observation est corroborée par l'étude nationale de Costa Alves *et al*, qui a révélé que seuls 4,8 % des transferts vers des consultations de consultation de psychiatrie adulte ont été effectués avec une transition en d'présenceun pédiatre/pédiatre du développement et d'un psychiatre.<sup>21</sup>

La norme de 2019 la Direction générale de la santé " Approche diagnostique et intervention dans les troubles du spectre autistique en âge pédiatrique et adulte " préconise l'élaboration de protocoles 'articulation entre les consultations dhospitalières de spécialité/sous-spécialité .pour les patients pédiatriques

<sup>43</sup> Ces mesures visent à offrir un soutien lors de la transition vers l'âge adulte et un suivi dans les consultations hospitalières spécialisées Cependant, comme l'ont montré Costa pour adultes. Alves *et al*, le manque de formation spécialisée dans ce domaine pour les professionnels de santé impliqués et l'absence d'équipes multidisciplinaires spécialisées sont évidents, favorisant le fossé thérapeutique et entravant la transition des soins.<sup>21</sup> Dans ce sens, ce document vise à encourager la discussion sur les approches de formation spécialisée pour les professionnels de santé, et de nature organisationnelle afin que les consultations spécialisées être effectivement mises en œuvre.et les équipes capables d'accompagner les patients dans la transition vers l'âge adulte puissent

**CONCLUSION**

Le TDAH chez l'adulte est souvent sous-diagnostiqué et insuffisamment traité, ce qui peut avoir un impact considérable sur la qualité de vie des patients. L'absence de diagnostic et de traitement approprié entraîne des difficultés significatives dans divers domaines de la vie, y compris les performances professionnelles et académiques et les interpersonnellesrelations . Cette prise de position, élaborée par des experts portugais du TDAH chez l'adulte, a pour but de répondre et de tenter de

Tableau 5 - Résumé des recommandations des experts portugais pour surmonter les principaux obstacles et limitations dans la prise en charge du TDAH chez l'adulte

<b>Organisation des services de santé : soins de santé primaires</b>
Développer des programmes de formation continue et spécialisée pour les médecins généralistes et les psychiatres d'adultes sur le diagnostic et le traitement du TDAH.
Distribution et encouragement de l'utilisation d'instruments de <i>dépistage</i> (tels que l'échelle d'auto-évaluation ASRS) dans les soins de santé primaires.
<b>Organisation des services de santé : soins spécialisés</b>
Améliorer l'accès aux consultations spécialisées en augmentant la disponibilité des professionnels formés au TDAH.
Mise en place d'équipes pluridisciplinaires et élaboration de protocoles pour la transition entre la pédiatrie du développement et la psychiatrie adulte.
Former les professionnels de la santé à reconnaître et à traiter le traitéesTDAH en tant que maladie sous-jacente, en le différenciant des comorbidités qui, elles, ne peuvent pas être . sont des conséquences de 'l'impact fonctionnel du TDAH.
<b>Diagnostic du TDAH</b>
Améliorer le niveau d'alphabétisation de la société par des campagnes de sensibilisation et d'éducation sur le TDAH chez l'adulte.
Promouvoir la collecte d'une histoire clinique détaillée, de manière structurée, couvrant tous les domaines de la vie de 'l'individu depuis l'enfance, ainsi que les antécédents familiaux.
<b>Traiter le TDAH</b>
S'attaquer à la stigmatisation et aux craintes liées à la dépendance aux médicaments stimulants, éduquer les patients sur 'l'importance d'une adhésion au régulière traitement et sur les avantages d'une médication appropriée.
Veiller à ce que le choix du médicament soit adapté au patient et à son contexte, dans le cadre d'une décision clinique partagée.
Une personnalisée approche et intégrée des comorbidités psychiatriques et médicales associées au TDAH.

ASRS : échelle d'auto-évaluation du TDAH chez l'adulte<sup>28</sup>

LIGNES DIRECTRICES

pour surmonter certains de ces obstacles et problèmes dans la prise en charge de ces patients dans le contexte national (tableau 5). Il est essentiel de reconnaître l'importance d'un diagnostic précis et d'un traitement complet, comprenant à la fois des approches pharmacologiques et non pharmacologiques, afin d'améliorer la fonctionnalité et le bien-être général de ces patients. Ce n'est qu'en sensibilisant et en formant davantage les professionnels de la santé, ainsi qu'en mettant en œuvre des stratégies de transition efficaces entre les soins pédiatriques et les soins pour adultes, qu'il sera possible de minimiser l'impact négatif de ce trouble et d'offrir une meilleure qualité de vie aux patients souffrant de TDAH.

### REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier BIAL - Portela & Ca, S.A. pour le soutien apporté à la rédaction du manuscrit et le processus éditorial fourni par Evidenze Portugal, Lda.

### CONTRIBUTION DES AUTEURS

NM, GF, GJ, JMF, SSA : Conception, rédaction et révision du critique manuscrit.

CNF : Supervision, conception, rédaction et révision du critique manuscrit.

Tous les auteurs ont approuvé la version finale à publier.

### CONFLITS D'INTÉRÊTS

NM a travaillé comme consultant pour BIAL, Janssen, Lundbeck et Rovi, et comme conférencier pour Janssen, Lundbeck, Rovi et Tecnifar.

### RÉFÉRENCES

1. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. TDAH adulte et troubles : comorbidités implications cliniques d'une approche dimensionnelle. *BMC Psychiatry*. 2017;17:302.
2. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of dsm-iv adult adhd in the world health organisation world mental health surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017;9:47-65.
3. Almeida J, Xavier M, Cardoso G, Gonçalves Pereira M, Gusmão R, Barahona Correa B, et al. National epidemiological study of healthmental . 1er rapport. Lisbonne : Faculté des sciences médicales de la nouvelle université de Lisbonne ; 2013.
4. Kranz TM, Grimm O. Update on genetics of attention deficit/hyperactivity disorder : current status 2023. *Curr Opin Psychiatry*. 2023;36:257-62.
5. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder : a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006;36:159-65.
6. Caye A, Rocha TB, Anselmi L, Murray J, Menezes AM, Barros FC, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories from childhood to trajectoires du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité de l'enfance au young adulthood : evidence from a birth cohort supporting a late-onset jeune adulte : preuves d'une cohorte de naissance soutenant un apparition tardive) syndrome (syndrome d'. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:705-12.
7. Moffitt TE, Houts R, Asherson P, Belsky DW, Corcoran DL, Hammerle M, et al. Is adult adhd a childhood-onset neurodevelopmental disorder ? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*. 2015;172:967-77.
8. Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Évaluation de la persistance, de la rémission et de l'émergence du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez le jeune adulte. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:713-20.

GF a travaillé comme consultant pour BIAL et Jaba Recordati ; il a travaillé comme enseignant pour Jaba Recordati.

GJ a travaillé comme consultant pour Abbvie, Angelini, AstraZeneca, Bial, Gilead, ITF Pharma, Jaba Recordati, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Novartis, Rovi, Pfizer, Sanofi, Healthcare, Springer Tecnifar et Tecnifar .mede

JMF a travaillé comme consultant pour BIAL, Tecnifar, Laboratórios Atral, Baldacci Portugal et Merck, Sharp & Dohme ; il a reçu une formation rémunérée de Lundbeck Portugal.

SSA a participé à des congrès et donné des conférences pour Angelini, AstraZeneca, BIAL, Bristol Meyers Squibb, Grünenthal, Janssen, Krka, Lilly, Lundbeck, MSD, Novartis, Servier, Tecnipharma ; a reçu des fonds de recherche d'AstraZeneca ; a été consultante pour Angelini, BIAL, Janssen, Lundbeck, MSD, Novartis.

CNF a travaillé comme consultant et conférencier pour Jansen, Novartis et BIAL.

### SOURCES DE FINANCEMENT

Le soutien à la rédaction et à l'édition du manuscrit a été fourni par BIAL - Portela & Ca, S.A, et par Evidenze Portugal, Lda.

L'organisme de financement n'a eu aucune influence sur l'opinion exprimée par les experts ou sur la rédaction du document.

9. Sibley MH, Arnold LE, Swanson JM, Hechtman LT, Kennedy TM, Owens E, et al. Variable patterns of remission from adhd in the multimodal treatment study of adhd. *Am J Psychiatry*. 2022;179:142-51.
10. Bohmwald K, Andrade CA, Galvez NM, Mora VP, Munoz JT, Kalergis AM. Les causes et les conséquences à long terme de l'encéphalite virale. *Review. Front Cell Neurosci*. 2021;15:755875.
11. Adeyemo BO, Biederman J, Zafonte R, Kagan E, Spencer TJ, Uchida M, et al. Mild traumatic injury brain and adhd : a systematic review of the literature and meta-analysis. *J Atten Disord*. 2014;18:576-84.
12. Dobrosavljevic M, Larsson H, Cortese S. Le diagnostic et le traitement trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les personnes âgées. *Expert Rev Neurother*. 2023;23:883-93.
13. Beauchaine TP, Ben-David I, Bos M. ADHD, financial distress, and suicide à l'âge adulte : une étude de . population. *Sci Adv*. 2020;6:eaba1551.
14. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15020.
15. Chang Z, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, Sjolander A, Larsson H. Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication : a population-based study. *JAMA Psychiatry*. 2014;71:319-25.4
16. Pozzi M, Bertella S, Gatti E, Peeters G, Carnovale C, Zambrano S, et al. Emerging drugs for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Expert Opin Emerg Drugs*. 2020;25:395-407.
17. Barkley RA, Brown TE. Déficit de l'attention/hyperactivité non reconnu chez les adultes présentant d'autres troubles . psychiatriques. *SNC*

- Spectr. 2008;13:977-84.
18. Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya HP. Sous-diagnostic du trouble déficit de l'attention/hyperactivité chez les adultes patients : une revue de la littérature. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2014;16:PCC.13r01600.
  19. McCarthy S, Wilton L, Murray ML, Hodgkins P, Asherson P, Wong IC. The epidemiology of pharmacologically treated attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children, adolescents and adults in UK primary care. *BMC Paediatr*. 2012;12:78.
  20. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms attention deficit hyperactivity disorder : impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*. 2000;157:816-8.
  21. Costa Alves J, Morais S, Ferreira de Macedo A. Consultation de psychiatrie du neurodéveloppement : une analyse au niveau national. *Acta Med Port*. 2023;36:802-10.
  22. Institut national pour la santé et l'excellence des soins. *Guidelines. Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité : diagnostic et prise en charge*. 2019. [consulté le 2024 juillet 09]. Disponible à l'adresse : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933>.
  23. Collège royal des psychiatres. *Rapport du Collège CR235 - ADHD in adults : Good practice guidance*. 2023. [consulté le 2024 juillet 2009]. Disponible à l'adresse : [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/cr235-adhd-in-adults---good-practice-guidance.pdf?sfvrsn=7c8cc8e4\\_12](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/cr235-adhd-in-adults---good-practice-guidance.pdf?sfvrsn=7c8cc8e4_12).
  24. Association australasienne des professionnels du TDAH (AADPA). *Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Australie : AADPA ; 2022.
  25. Kooij JJ, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balazs J, et al. Updated european consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*. 2019;56:14-34.
  26. Association américaine de psychiatrie. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5™)*. Washington, DC : psychiatriques américaines Éditions ; 2013.
  27. Ramos-Quiroga JA, Nasillo V, V, Richarte Corrales M, Palma F, Ibanez P, et al. Criteria and concurrent validity of diva 2.0 : a semi-structured diagnostic interview for adult adhd. *J Atten Disord*. 2019;23:1126-35.
  28. Enquête nationale sur la comorbidité (NCS). *Échelles d'auto-évaluation du TDAH chez l'adulte : ASRS*. [consulté le 28 octobre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>.
  29. Bolea-Alamanac B, Nutt DJ, Adamou M, Asherson P, Bazire S, Coghill D, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder : update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28:179-203.
  30. Sadek J. Malinger et abus, mésusage et médicaments stimulants/détournement de . *Brain Sci*. 2022;12:1004.
  31. Patel GR. Feigning adhd : a necessary exploration of an uncomfortable topic. *Journal of the New Zealand College of Clinical Psychologists*. 2023;33:61-71.
  32. Fuermaier AB, Fricke JA, de Vries SM, Tucha L, Tucha O. Évaluation neuropsychologique des adultes atteints de TDAH : une delphiétude de consensus. *Appl Neuropsychol Adult*. 2019;26:340-54.
  33. Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257:371-7.
  34. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. ADHD in adults : a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nord J Psychiatry*. 2006;60:38-43.
  35. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of dsm-iv adult adhd in the world health organisation world mental health surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017;9:47-65.
  36. Young S, Adamo N, Asgeirsdottir BB, Branney P, Beckett M, Colley W, et al. Females with ADHD : an expert consensus statement taking a Femmes atteintes de TDAH : une déclaration de consensus d'experts adoptant lifespan durée de vie et approach une approche de la providing fournissant des guidance conseils for pour l'the identification identification and et le treatment traitement attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women (trouble de déficit de l'attention/hyperactivité chez les filles et les femmes). *BMC Psychiatry*. 2020;20:404.
  37. Landau Z, Pinhas-Hamiel O. Attention deficit/hyperactivity, the metabolic et le diabète de type 2. *Curr Diab Rep*. 2019;19:46.
  38. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults : a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5:727-38.
  39. Stuhc M, Lukic P, Locatelli I. Efficacité, acceptabilité et tolérance de la lisexamfétamine, des sels mixtes d'amphétamine, du méthylphénidate et du modafinil dans le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte : une revue systématique et une méta-analyse. *Ann Pharmacother*. 2019;53:121-33.
  40. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The world federation of adhd international consensus statement : 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;128:789-818.
  41. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Billow A, Buitelaar JK, et al. Live fast, die young ? Une revue des trajectoires du TDAH au cours de la vie. *Eur développementales Neuropsychopharmacol*. 2018;28:1059-88.
  42. Li L, Zhu N, Zhang L, Kuja-Halkola R, D'Onofrio BM, Brikell I, et al. ADHD pharmacotherapy and mortality in individuals with adhd. *JAMA*. 2024;331:850-60.
  43. Direction générale de la santé. *Norme n° 002/2019 : approche diagnostique et intervention dans les troubles du spectre autistique chez les enfants et les adultes*. Lisbonne : DGS ; 2019.
  44. Taylor DM, Barnes TR, Young AH. *Les directives de prescription de Maudsley en psychiatrie*. 14e édition. Londres : John Wiley & Sons ; 2021.