

TDAH et pratiques addictives

Considérations pratiques

Dr ORFEUVRE Emilie

Dr BERGER-VERGIAT Aurélie

Service Universitaire d'Addictologie de Lyon (SUAL)



1

Données épidémiologiques

Prévalence du TDAH en population générale

- 5 % chez l'enfant
- Persistance du trouble dans 2/3 des cas
- Arguments en faveur de TDAH à début tardif
- 2.5 % chez l'adulte

Variations de prévalence
selon les études



- ✓ Population
- ✓ Critères diagnostiques
- ✓ Prévalence vie entière vs instantannée
- ✓ Outil diagnostique
- ✓ Variables cliniques

Prévalence du TDAH en cas de TUS

- 10 – 46 % présentent un TDAH
- Métaanalyse de Van Emmerik-van Oortmerssen, 2012
 - 23.1% en population de demandeurs de soins pour TUS
 - 15.5% en cas de TUS en population générale

Drug and Alcohol Dependence 122 (2012) 11–19

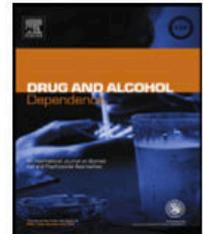


ELSEVIER

Contents lists available at [SciVerse ScienceDirect](#)

Drug and Alcohol Dependence

journal homepage: www.elsevier.com/locate/drugalcdp



Review

Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis

Katelijne van Emmerik-van Oortmerssen^{a,b,*}, Geurt van de Glind^c, Wim van den Brink^b, Filip Smit^{c,d}, Cleo L. Crunelle^{b,e}, Marije Swets^a, Robert A. Schoevers^{f,a}

Prévalence du TDAH en cas de TUS

- **Etude IASP-1**
 - Internationale (10) multicentrique (47)
 - 3558 sujets en demande de soins pour TUS
- **Prévalence variable:**
 - 7.6% (Hongrie) à 32.6% (Norvège)

Drug and Alcohol Dependence 134 (2014) 158–166



Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria^{☆☆}



Geurt van de Glind^{a,b,*,1}, Maija Konstenius^{c,1}, Maarten W.J. Koeter^b,
Katelijne van Emmerik-van Oortmerssen^{b,e,q}, Pieter-Jan Carpentier^f, Sharlene Kaye^g,
Louisa Degenhardt^{g,u}, Arvid Skutle^h, Johan Franck^c, Eli-Torild Bu^h, Franz Moggiⁱ,
Geert Dom^j, Sofie Verspreet^j, Zsolt Demetrovics^k, Máté Kapitány-Fövényi^{k,v},
Melina Fatséas^l, Marc Auriacombe^l, Arild Schillinger^m, Merete Møller^m, Brian Johnsonⁿ,
Stephen V. Faraoneⁿ, J. Antoni Ramos-Quiroga^o, Miguel Casas^o, Steve Allsop^p,
Susan Carruthers^p, Robert A. Schoevers^q, Sara Wallhed^r, Csaba Barta^s, Peter Alleman^t,
Frances R. Levin^d, Wim van den Brink^b, IASP Research Group²

Prévalence du TDAH en cas de TUS

➤ France

- DSM-IV 11.2 % (6.3 – 16.2)
- DSM-5 16.2 % (10.5 – 22.0)

➤ Prévalence variable

- 7.6 % (Hongrie) à 32.6 % (Norvège)

Table 2

Prevalence of childhood (retrospective) and adult (current) ADHD and ADHD-NOS according to DSM-IV criteria and to DSM-5 criteria.

	France (n = 157)	Hungary (n = 226)	Netherlands (n = 129)	Norway (n = 220)	Spain (n = 222)	Sweden (n = 168)	Switzerland (n = 154)	Range (N = 1276)
Childhood ADHD DSM-IV % (CI 95%)	21.3 (14.9–27.7)	12.9 (8.6–17.3)	15.0 (8.9–21.2)	41.0 (34.5–47.5)	10.6 (6.5–14.6)	27.7 (20.9–34.5)	15.1 (9.4–20.8)	10.6–41.0
Childhood ADHD DSM-5	23.2	12.9	15.0	42.3	13.0	29.1	15.6	12.9–42.3
Age of onset <12% (CI 95%)	(16.6–29.8)	(8.6–17.3)	(8.9–21.2)	(35.7–48.8)	(8.5–17.4)	(22.2–36.0)	(9.8–21.3)	
Adult ADHD DSM-IV % (CI 95%) ^a	11.2 (6.3–16.2)	5.4 (2.4–8.3)	10.1 (4.9–15.3)	31.3 (25.2–37.5)	9.2 (5.4–13.0)	19.7 (13.7–25.7)	6.1 (2.3–9.9)	5.4–31.3
Adult ADHD DSM-5 ^b	16.2	7.6	11.8	32.6	10.6	22.4	7.7	7.6–32.6
Age of onset <12 and # symptoms 5/9% (CI 95%)	(10.5–22.0)	(4.1–11.1)	(6.2–17.3)	(26.4–38.8)	(6.6–14.7)	(16.1–28.7)	(3.5–12.0)	
Adult ADHD DSM-IV ADHD-NOS ^b	16.9	8.9	12.3	34.5	10.6	22.4	8.2	8.2–34.5
Combined: age of onset <12 and # symptoms 4/9% (CI 95%)	(11.0–22.7)	(5.2–12.7)	(6.7–18.0)	(28.2–40.7)	(6.6–14.7)	(16.1–28.7)	(3.9–12.5)	

^a Prerequisite: Diagnosed Childhood ADHD based on CAADID retrospective diagnosis; DSM-IV criteria for Childhood ADHD.

^b Prerequisite: Diagnosed Childhood ADHD based on CAADID retrospective diagnosis; DSM-5: adjusted age of onset <12 criterion for childhood.



Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria^{a, b}

Geurt van de Glind^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Maja Konstenius^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Maarten W.J. Koeter^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Katrien van Emmerik van der Meer^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Pieter Jan Carpentier^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Shantene Kaye^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Louisa Degner^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Arvid Stultie^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Johan Franck^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Eli-Torild Ru^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Franz Kögler^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Geert Doornik^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Sofie Verspreet^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Zsolt Demetrovics^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Máté Kapitány-Fövényi^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Melina Fatséas^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Marc Auriaucombe^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Arild Schillinger^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Merete Møller^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Brian Johnson^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Stephen V. Faraone^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, J. Antoni Kinnos-Quiroga^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Miguel Casas^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Steve Allsop^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Susan Carruthers^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Robert A. Schoevers^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Sara Wallhed^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Esaba Barua^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Peter Alleman^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Frances R. Levin^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, Wim van den Brink^{a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z}, IASP Research Group

EPIDEMIOLOGIE

Prévalence du TDAH en cas de TUS

POPULATION

- ✓ Générale vs clinique
- ✓ Ambulatoire vs hospitalisée
- ✓ Origine géographique

Facteurs CLINIQUES

- ✓ Comorbidités
- ✓ Substances consommées

DIAGNOSTIC

- ✓ Outils de dépistage
- ✓ Entretien diagnostique
- ✓ Diagnostic auto-rapporté
- ✓ « *symptômes* »

- ✓ Critères DSM-IV vs DSM-5
- ✓ Prévalence vie entière vs instantannée

Drug and Alcohol Dependence 134 (2014) 158–166



Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria^{a,*,1}

Geurt van de Glind^{a,b,*,1}, Maija Konstenius^{c,1}, Maarten W.J. Koeter^b, Katelijne van Emmerik-van Oortmerssen^{b,e,q}, Pieter-Jan Carpentier^f, Sharlene Kaye^g, Louisa Degenhardt^{h,u}, Arvid Skutle^h, Johan Franck^c, Eli-Torild Bu^h, Franz Moggi^l, Geert Dom^j, Sofie Verspreet^l, Zsolt Demetrovics^k, Máté Kapitány-Fövényi^{k,v}, Melina Fatséas^l, Marc Auriacombe^l, Arild Schillinger^m, Merete Møller^m, Brian Johnsonⁿ, Stephen V. Faraoneⁿ, J. Antoni Ramos-Quiroga^o, Miguel Casas^o, Steve Allsop^p, Susan Carruthers^p, Robert A. Schoevers^q, Sara Wallhed^r, Csaba Barta^r, Peter Alleman^t, Frances R. Levin^d, Wim van den Brink^b, IASP Research Group²



Drug and Alcohol Dependence 122 (2012) 11–19



Review

Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis

Katelijne van Emmerik-van Oortmerssen^{a,b,*,*}, Geurt van de Glind^c, Wim van den Brink^b, Filip Smit^{c,d}, Cleo L. Crunelle^{b,e}, Marije Swets^a, Robert A. Schoevers^{f,a}

EPIDEMIOLOGIE

Prévalence des pratiques addictives en population TDAH

- 30 – 40 % des individus avec un TDAH ont des pratiques addictives
- En population générale et clinique



Prévalence des pratiques addictives en population TDAH

- Etude observationnelle, en population clinique d'adultes avec TDAH
 - 585 patients hospitalisés en Norvège, diagnostiqués TDAH
 - Prévalence sur 12 mois et vie entière des TUS
 - Association avec la sévérité des symptômes de TDAH et de dysrégulation émotionnelle



Submit a Manuscript: <https://www.f6publishing.com>

World J Psychiatr 2020 September 19; 10(9): 202-211

DOI: 10.5498/wjp.v10.i9.202

ISSN 2220-3206 (online)

ORIGINAL ARTICLE

Observational Study

Alcohol and drug use disorders in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Prevalence and associations with attention-deficit/hyperactivity disorder symptom severity and emotional dysregulation

TABLEAU CLINIQUE

Prévalence des pratiques addictives en population TDAH

Table 2 Prevalences of alcohol or drug use disorders in 585 adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder in a psychiatric clinic specialized in examination and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder

	Men, n = 317	Women, n = 268	All patients, n = 585
AUD			
- 12-mo	24 (7.6)	7 (2.6) ^b	31 (5.3)
- Lifetime	47 (14.8)	23 (8.6) ^a	70 (12.0)
DUD			
- 12-mo	55 (17.4)	25 (9.1) ^b	80 (13.7)
- Lifetime	103 (32.5)	59 (22.0) ^b	162 (27.7)
AUD or DUD			
- 12-mo	67 (21.1)	29 (10.8) ^b	96 (16.4)
- Lifetime	114 (36.0)	65 (24.3) ^b	179 (30.6)

Corrélation avec la sévérité des symptômes de TDAH et de dysrégulation émotionnelle

^aP < 0.05.

^bP < 0.01; women compared with men (χ^2). Figures are given in numbers (percentage). AUS: Alcohol use disorder; DUD: Drug use disorder.

Drogues > 2 x Alcool

W J P World Journal of Psychiatry

Submit a Manuscript: <https://www.fingertpublishing.com> World J Psychiatry 2020; September 19; 10(9): 202-211
 DOI: 10.4236/wjpp.2020.109.202 ISSN 2220-5309 (online)
 ORIGINAL ARTICLE

Observational Study
 Alcohol and drug use disorders in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Prevalence and associations with attention-deficit/hyperactivity disorder symptom severity and emotional dysregulation

Espen Anker, Jan Haavik, Trond Heir

TABLEAU CLINIQUE

Prévalence des pratiques addictives en population TDAH

- Principales drogues consommées, vie entière (N=162)
 - Amphétamines 69.1 %
 - Cannabis 61.7 %
 - Cocaine ou ecstasy 26.5 %
 - Benzodiazépines 26.5 %
 - Héroïne / autre opiacé 10.5 %
 - Autres 16.0 %



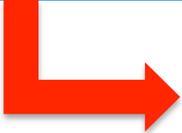
Observational Study
Alcohol and drug use disorders in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Prevalence and associations with attention-deficit/hyperactivity disorder symptom severity and emotional dysregulation

Espen Anker, Jan Haavik, Trond Heir

2

La notion de comorbidité

Notion de COMORBIDITE – PATHOLOGIE DUELLE



Notion de pathologie duelle ou comorbidité

« Présence comorbide,

d'un ou divers troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions,

chez un même patient,

*avec apparition de **nombreux processus synergiques** entre les deux pathologies,*

*qui amène à une **modification des symptômes,***

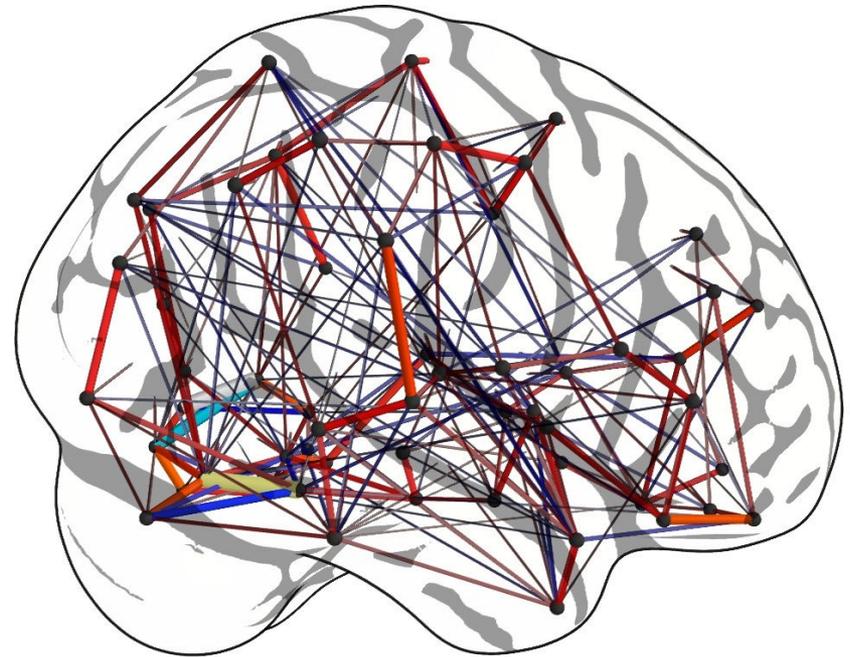
*une **diminution de l'efficacité des traitements***

*et **l'aggravation et chronicisation** de leur évolution »*

Notion de COMORBIDITE – PATHOLOGIE DUELLE

Notion de pathologie duelle ou comorbidité

- N'implique pas de lien de causalité
- Liens complexes
 - Épidémiologique
 - Psychopathologique
 - Clinique
 - Thérapeutique
 - Pronostique



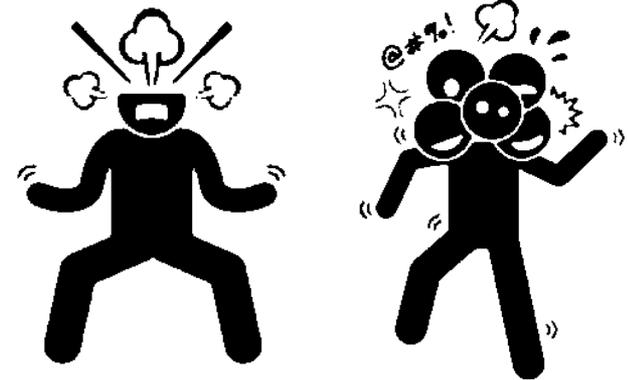
3

Tableau clinique d'une pathologie duelle

TABLEAU CLINIQUE

Un tableau clinique complexe

- Terrain de vulnérabilité familiale
- Histoire addictologique sévère
- Effets paradoxaux de certaines substances et modes de consommation
- Polyconsommations, multiples comorbidités psychiatriques
- Troubles attentionnels, exprimés spontanément ou non
- Impulsivité, dysrégulation émotionnelle
- Instabilité et discontinuité



CONSEQUENCES PRONOSTIQUES

Un pronostic aggravé pour les différents troubles

- **Histoire addictologique plus sévère**
 - Polyconsommations
 - Début précoce
 - Quantité et fréquence plus importantes
 - Dépendance et évolution vers un TUS rapides
- **Prise en charge thérapeutique complexe**
 - Parcours de soins discontinus
 - Moins bonne compliance
 - Multiplication des hospitalisations
 - Maintien d'abstinence difficile, chronicisation
- **Altération du fonctionnement**
- **Impact plus sévère sur la qualité de vie**
 - Vie quotidienne, relationnelle, professionnelle



TABLEAU CLINIQUE

Quelques particularités addictologiques observables

- **Effets paradoxaux:**
 - Substances psychostimulantes, nicotine, cannabis
 - Amélioration des performances
 - Atténuation des symptômes
- **Effet euphorisant:**
 - Parfois moins recherché
 - Moins important
- **Consommations solitaires, le soir**

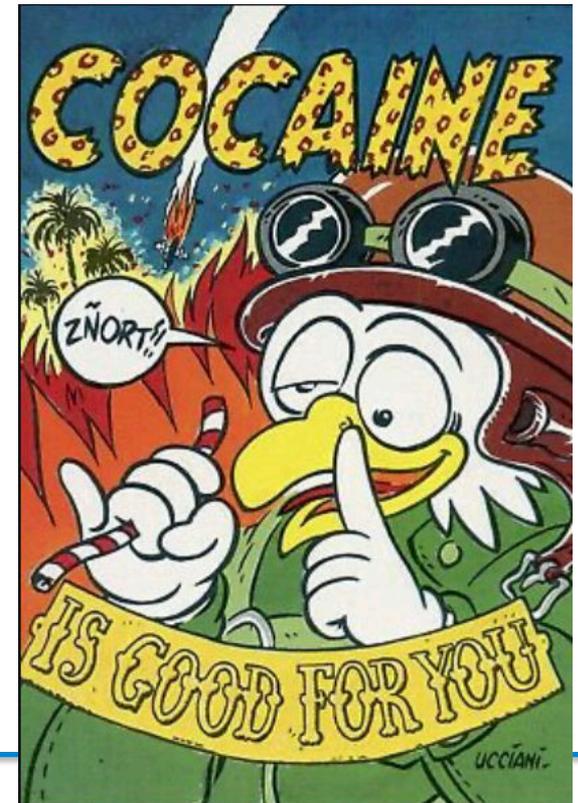
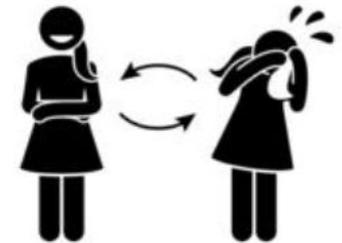
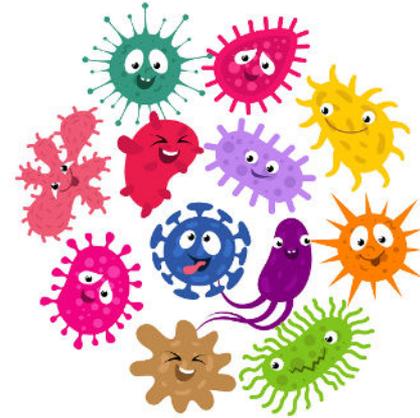


TABLEAU CLINIQUE

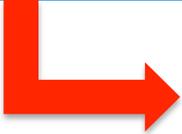
Impulsivité et dysrégulation émotionnelle

- **Recherche de sensations, nouvelles expériences**
 - Pratiques sexuelles à risque → Bilan infectieux
 - Mise en danger, accidents, délinquance
 - Polyconsommations
 - Ennui, lassitude
 - Manque de persévérance
- **Labilité émotionnelle, hyperémotivité**
- **Intolérance à la frustration, colère**



RUPTURES, INSTABILITE

TABLEAU CLINIQUE



Une vie marquée par l'instabilité et les ruptures

➤ Relations interpersonnelles

- Nombreuses séparations conjugales,
- Partenaires multiples

➤ Vie professionnelle

- Abandon par ennui, lassitude
- Licenciement, difficultés à l'embauche manque d'efficacité, défaut d'organisation

➤ Parcours de soins discontinus

- Moins bonne compliance
- Multiplication des hospitalisations
- Maintien d'abstinence difficile, chronicisation

TABLEAU CLINIQUE

↳ Une symptomatologie aspécifique, transdiagnostique

ADDICTIONS

TDAH

- ✓ Hyperactivité
- ✓ Impulsivité
- ✓ Dysrégulation émotionnelle
- ✓ Risques, expérimentations
- ✓ Ennui, lassitude
- ✓ Instabilité

Trouble de
personnalité
BORDERLINE

BIPOLAIRE

TABLEAU CLINIQUE

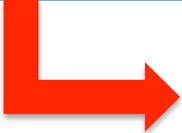
Importance des comorbidités psychiatriques

- Troubles psychiatriques en population de demandeurs de soins pour TUS:
 - Avec TDAH: **supérieure à 75%**
 - Sans TDAH: 37%
- **Personnalité antisociale** OR 2.8 IC95% = 1.8 – 4.2
- **Personnalité borderline** OR 7.0 IC95% = 3.1 – 4.6 (si TUA)
- **Episode dépressif majeur** OR 4.1 IC95% = 2.1 – 7.8 (si TUA)
- **Troubles (hypo)maniaques** OR 4.3 IC95% = 2.1-8.7

4

**Une démarche diagnostique
rigoureuse**

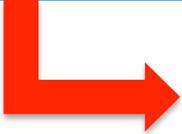
DEMARCHE DIAGNOSTIQUE



Sous-diagnostic... mais aussi surdiagnostique

- **Symptomatologie aspécifique et modifiée**
- Distinction entre TDAH et **symptomatologie induite par une substance**
 - Consommation aigue, sevrage donnent des troubles attentionnels et de l'activité
- **Diagnostics portés indépendamment (Critère DSM-V)**
 - « *Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex intoxication ou sevrage d'une substance)* »
- **Importance de la temporalité**
 - Existence du TDAH avant l'usage de substance et persistance en absence de consommations
 - Continuité entre l'enfance et l'âge adulte
 - Recherche rétrospective de symptômes
 - Évaluation en période d'abstinence, à défaut de stabilité

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE



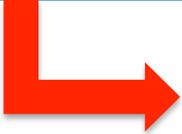
Démarche diagnostique

- **Entretien médical**
- **Auto-questionnaires de dépistage (ASRS)**
- **Entretien diagnostique structuré de confirmation (DIVA 2.0)**
- Recherche de **diagnostics différentiels ou comorbides** (MINI-test)



Diagnostic CLINIQUE
Réévaluation régulière NECESSAIRE

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE



Entretien médical

- **SYMPTOMATOLOGIE du TDAH, actuelle et durant l'enfance**
 - CONTINUE avec les symptômes ou un diagnostic durant l'enfance
 - Patient, proches, bulletins scolaires
 - TEMPORALITE par rapport aux consommations
- **Histoire FAMILIALE**
 - Terrain de vulnérabilité
 - TDAH, dysrégulation émotionnelle, impulsivité, troubles de l'humeur, addictions...
- **Histoire PERSONNELLE**
 - Instabilité, ruptures
 - Vie quotidienne, relationnelle, professionnel
 - Facteurs environnementaux et psychosociaux
- Troubles **SOMATIQUES**, signes physiques
- Comorbidités **PSYCHIATRIQUES**

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

ASRS, *Adult ADHD Self-Report Scale*

➤ 2 parties:

- Partie A: seuil de positivité à 4
- Partie B: indices supplémentaires

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et comment vous vous êtes comporté au cours des 6 derniers mois . Veuillez remettre le questionnaire rempli à votre médecin ou à un autre professionnel lors de votre prochain rendez-vous afin de discuter des résultats.	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites?	<input type="checkbox"/>				
2. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation?	<input type="checkbox"/>				
3. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?	<input type="checkbox"/>				
4. Quand vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard?	<input type="checkbox"/>				
5. À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée?	<input type="checkbox"/>				
6. À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur?	<input type="checkbox"/>				

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

ASRS : quel intérêt en population de TUS?

➤ Outils de dépistage le plus utilisé en population TUS

- Qualités psychométriques
- Simplicité, rapidité
- WURS et CAARS: plus longue, absence de version française validée

Test POSITIF

Score ≥ 4



Entretien diagnostique structuré
DIVA-2.0

Suspicion clinique
de TDAH

Test NEGATIF

Score < 4

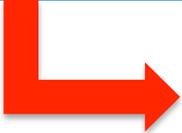


Fin des investigations
spécifiques

20%
faux négatifs

5

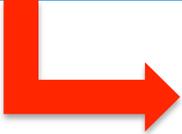
**Une prise en charge
intégrative**



L'absence de recommandations françaises

- Problématique de la **non reconnaissance du TDAH de l'adulte en France**
 - Absence de recommandations
 - Absence d'AMM pour les traitements médicamenteux
- **Recommandations internationales sur le TDAH**
 - NICE 2019
- **Littérature scientifique**
 - Weibel et al., 2020
 - Kooij et al., 2019
 - Crunelle et al., 2018

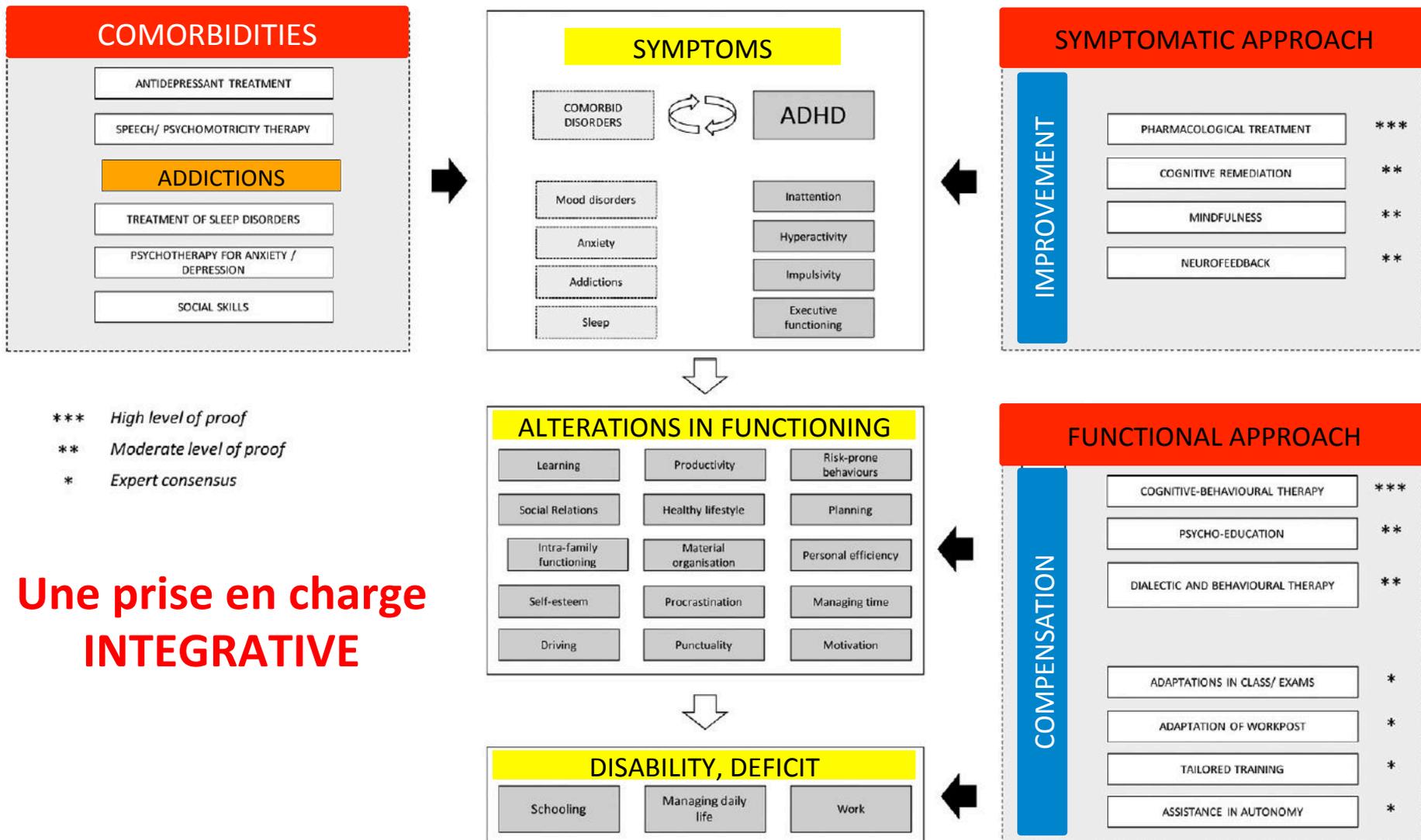
PRISE EN CHARGE



Une prise en charge intégrative

- **Intégration du traitement de l'ADHD dans celui du TUS, et inversement**
 - Interactions complexes et bidirectionnelles
 - MAIS le traitement efficace de l'un n'implique pas une amélioration de l'autre
- **PEC pluridisciplinaire**
 - Idéalement via une seule équipe
 - A défaut, nécessité d'une coordination ++
- **Réévaluation régulière du diagnostic**

PRISE EN CHARGE



**Une prise en charge
INTEGRATIVE**

PRISE EN CHARGE

Plusieurs options médicamenteuses

➤ **Psychostimulants:**

- Méthylphénidate, disponible en France sous différentes galéniques:
 - RITALINE®
 - RITALINE LP®, QUASYM LP®, MEDIKINET LM®, CONCERTA LP®
- Lisdexamfetamine (VYVANCE®)
- Dexamphétamine (ATTENTIN®)
- Sels mixtes d'amphétamines (ADDERALL® XR)

➤ **Non psychostimulants:**

- Atomoxétine (STRATTERA®)
- Clonidine (CATAPRESSAN®), Guafancine (INTUNIV®), Bupropion (ZYBAN®), Modafinil (MODIODAL®)



PRISE EN CHARGE

Place du traitement pharmacologique

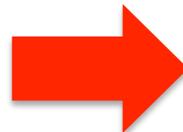
- **UNE** des composantes de la prise en charge
- **Non obligatoire mais intérêt d'une approche combinée**
- **Efficacité modérée sur le TDAH** en cas de TUS associé:
 - Peu d'études
 - Augmente en cas de psychothérapie associée
 - Dépend de l'importance des comorbidités
- **Efficacité sur le TUS:**
 - Peu d'études, résultats non consensuels
 - Possible faible efficacité dans des sous groupes particuliers



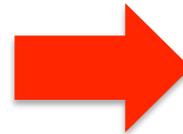
PRISE EN CHARGE

Méthylphénidate et addictions

- Pas d'induction ou d'aggravation de TUS existant
- Pas de dépendance dans un contexte de prescription médicale
- Pas d'augmentation du mésusage documenté
- Surconsommation x 2 (15%)
- Atomoxetine (STRATTERO®): alternative, ATU nominative



Ne doit pas empêcher la prescription

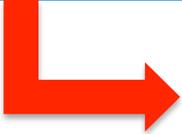


PSYCHOEDUCATION

EVALUATION régulière du rapport B/R

Conclusion

CONCLUSION



Conclusion

- Comorbidité fréquente
- **RECHERCHE SYSTÉMATIQUE de la pathologie duelle**
- Diagnostic complexe et pronostic alourdi
- Approche diagnostique et thérapeutique:
 - Absence de consensus ou de recommandations
 - Démarche diagnostique rigoureuse et systématique
 - Réévaluation régulière du diagnostic
- Prise en charge intégrative et multidisciplinaire
- Une addiction ne contre-indique pas l'usage des psychostimulants