



HAL
open science

”Trouble du déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité et addictions” : étude qualitative réalisée auprès de médecins addictologues face à la prise en charge des patients présentant un TDA/H et un trouble de l’usage de substances, au sein des structures d’addictologie dans le département des Bouches-du-Rhône

Charlotte Espeil

► **To cite this version:**

Charlotte Espeil. ”Trouble du déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité et addictions” : étude qualitative réalisée auprès de médecins addictologues face à la prise en charge des patients présentant un TDA/H et un trouble de l’usage de substances, au sein des structures d’addictologie dans le département des Bouches-du-Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04074205

HAL Id: dumas-04074205

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04074205v1>

Submitted on 19 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**"Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et addictions" :
Étude qualitative réalisée auprès de médecins addictologues face à la prise
en charge des patients présentant un TDA/H et un trouble de l'usage de
substances, au sein
des structures d'addictologie dans le département des Bouches-du-Rhône.**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 5 Avril 2023

Par Madame Charlotte ESPEIL

Née le 18 juillet 1993 à Bagnols-Sur-Ceze (30)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE FST ADDICTOLOGIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Monsieur le Professeur DAFONSECA David

Assesseur

Madame le Docteur GREGOIRE Murielle

Directeur

Monsieur le Docteur PARIGGI Mathieu

Assesseur

**"Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et addictions" :
Étude qualitative réalisée auprès de médecins addictologues face à la prise
en charge des patients présentant un TDA/H et un trouble de l'usage de
substances, au sein
des structures d'addictologie dans le département des Bouches-du-Rhône.**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 5 Avril 2023

Par Madame Charlotte ESPEIL

Née le 18 juillet 1993 à Bagnols-Sur-Ceze (30)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE FST ADDICTOLOGIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Monsieur le Professeur DAFONSECA David

Assesseur

Madame le Docteur GREGOIRE Murielle

Directeur

Monsieur le Docteur PARIGGI Mathieu

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COSTELLO Régis	HABIB Gilbert
ALIMI Yves	COURBIERE Blandine	HARDWIGSEN Jean
AMABILE Philippe	CRAVELLO Ludovic	HOUVENAEGHEL Gilles
<i>AMBROSI Pierre Surnombre</i>	CUISSET Thomas	HRAIECH Sami
ANDRE Nicolas	DA FONSECA David	JACQUIER Alexis
ARGENSON Jean-Noël	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JOURDE-CHICHE Noémie
ASTOUL Philippe	DANIEL Laurent	JOUVE Jean-Luc
ATTARIAN Shahram	DARMON Patrice	KAPLANSKI Gilles
AUDOUIN Bertrand	DAUMAS Aurélie	KARSENTY Gilles
AUQUIER Pascal	DAVID Thierry	<i>KERBAUL François détachement</i>
AVIERINOS Jean-François	D'ERCOLE Claude	KRAHN Martin
AZULAY Jean-Philippe	D'JOURNO Xavier	LAFFORGUE Pierre
<i>BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022</i>	DEHARO Jean-Claude	LAGIER Jean-Christophe
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAMBAUDIE Eric
BARLOGIS Vincent	<i>DENIS Danièle Surnombre</i>	LANCON Christophe
BARTHET Marc	DEVILLIER Raynier	LA SCOLA Bernard
BARTOLI Christophe	DISDIER Patrick	LAUNAY Franck
BARTOLI Jean-Michel	DODDOLI Christophe	LAVIELLE Jean-Pierre
BARTOLI Michel	DRANCOURT Michel	LE CORROLLER Thomas
BARTOLOMEI Fabrice	DUBUS Jean-Christophe	LECHEVALLIER Eric
BASTIDE Cyrille	DUFFAUD Florence	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUFOUR Henry	LEONE Marc
BENSOUSSAN Laurent	DUSSOL Bertrand	LEONETTI Georges
BERBIS Philippe	EBBO Mikaël	LEPIDI Hubert
BERBIS Julie	EUSEBIO Alexandre	<i>LEVY Nicolas disponibilité</i>
BERDAH Stéphane	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BEROUD Christophe	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BERTRAND Baptiste	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BERTUCCI François	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BEYER-BERJOT Laura	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLAISE Didier	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BLIN Olivier	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BLONDEL Benjamin	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOISSIER Romain	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BONELLO Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BONNET Jean-Louis	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
<i>BOUFI Mourad</i>	GAINNIER Marc	<i>MICHELET Pierre disponibilité</i>
BOYER Laurent	<i>GARCIA Stéphane disponibilité</i>	MILH Mathieu
BREGEON Fabienne	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRETELLE Florence	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BROUQUI Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BRUDER Nicolas	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
BRUE Thierry	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
BRUNET Philippe	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
BURTEY Stéphane	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CASANOVA Dominique	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CASTINETTI Frédéric	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CECCALDI Mathieu	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CERMOLACCE Michel	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHAGNAUD Christophe	GONZALEZ Jean- Michel	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMBOST Hervé	GRAILLON Thomas	PADOVANI Laetitia
CHAMPSAUR Pierre	GRANEL/REY Brigitte	PAGANELLI Franck
CHANEZ Pascal	GRANDVAL Philippe	PAPAZIAN Laurent
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GREILLIER Laurent	PAROLA Philippe
CHARREL Rémi	<i>GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022</i>	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHAUMOITRE Kathia	GUEDJ Eric	PELLETIER Jean
CHIARONI Jacques	GUIEU Régis	PERRIN Jeanne
CHINOT Olivier	GUIS Sandrine	PESENTI Sébastien
CHOSSEGROS Cyrille	GUYE Maxime	PETIT Philippe
COLLART Frédéric	GUYOT Laurent	PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 et Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

J'adresse mes sincères remerciements à tous les membres du jury,

À monsieur le Professeur Lançon pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. J'ai appris beaucoup au sein de votre service. J'ai eu la chance de bénéficier de vos connaissances et de votre expérience.

Au Dr Grégoire pour avoir accepté d'encadrer ce travail et qui malgré un planning chargé a pu répondre à mes inquiétudes. Je te trouve très inspirante. Ton dynamisme m'impressionnera toujours.

Au Dr Pariggi. Merci de m'avoir épaulé sur ce travail. Ce fut très agréable de pouvoir travailler avec toi que ce soit aux Lilas ou dans le service d'addictologie. Tu m'as apporté l'encadrement dont j'avais besoin et tu as renforcé ma passion pour l'addictologie. Tu es la personne qui m'aura le plus appris pendant cet internat et je t'en remercie.

Au Professeur Dafonsceca pour faire partie de ce jury de thèse et à l'ensemble du service de l'unité temps plein de l'hôpital Salvador pour m'avoir permis de découvrir la pédopsychiatrie dans un cadre chaleureux.

À l'équipe de la villa Floréal, une équipe soudée, passionnée, hétérogène et dynamique. J'ai éprouvé beaucoup de plaisir à travailler avec vous. J'ai appris que le partage des compétences était ce qui me plaisait le plus dans ma pratique. J'espère que nous pourrons continuer à travailler ensemble.

À l'équipe d'addictologie du centre hospitalier Valvert. Merci pour votre encadrement durant ce stage et votre gentillesse. J'ai eu de la chance d'apprendre à vos côtés. Votre accueil a été chaleureux. Je suis heureuse d'avoir pu travailler et échanger avec vous.

J'adresse maintenant mes remerciements à ma famille,

À mes parents

Merci pour tout. Votre soutien incontestable, votre gentillesse et votre amour inconditionnel. Vous m'avez transmis vos valeurs et elles donnent aujourd'hui du sens à ma vie. Vous avez soigné mes peines et enjouez mes instants heureux. Tant que vous serez là, je ne me sentirais jamais seule.
Je vous aime énormément.

À Thibault : mon cousin, mon repère. Nous avons toujours pu compter l'un sur l'autre et nous continuerons à le faire. Tu es quelqu'un de profondément gentil et altruiste. Je suis heureuse que nous soyons si proche.

À ma tante Geneviève : j'admire ta force de caractère. Tu m'inspires dans mes décisions et dans mes choix. Tu as toujours été là pour moi. Je suis heureuse de pouvoir partager plus de temps avec toi à Lyon dans les semaines à venir.

À mon oncle Dominique : l'encyclopédie vivante. Attachant malgré son fort caractère. Merci pour les leçons de vie et celles à venir.

À mes cousins Maël et Aloïs : merci pour nos souvenirs d'enfance, j'espère vous voir plus souvent à Lyon.

À mes tantes **Nicole, Nadine et Josiane** pour vos messages de soutiens, votre gentille.

À mon oncle **Patrick** parti trop tôt, je ne garde que de bons souvenirs de toi.

À mamie **Thérèse** qui n'a malheureusement pas pu faire le déplacement. Une mamie aimante et pleine de vie.

À mes grands-parents, **Lucie et Lucien** qui se sont toujours occupés de moi, je pense très souvent à vous, vous nous manquez beaucoup.

Je remercie à présent mes amis (sur un fond musical),

Lilia : ma sœur de cœur. Notre amitié est pure et sans faille et elle se consolide avec le temps. Tu traverses les épreuves avec tant de courage, j'aimerais te ressembler en bien des points. Merci de t'être trouvée sur mon chemin, t'es la petite étoile qui est venue briller dans ma vie.

« J'taime comme never t'es la best ever » - Htk

Pierre : mon colocataire, mon binôme, mon yang. Pourquoi t'obstines-tu à partir loin de moi alors que notre bonheur est ensemble à la coloc ? Merci pour les incroyables moments et ceux à venir. Ta gentillesse et ton grain de folie me surprendront toujours. Je te souhaite le meilleur car pour moi tu es le meilleur.

« Je t'ai tout donné, apparemment même l'envie de me quitter » - KdL

Margaux mon amie d'enfance pour qui je bosse mon anglais si durement. Pardonne-moi si je relâche, tu connais mes faiblesses. Ta bonne humeur et ta joie de vivre me font du bien. J'espère que tu trouveras le bonheur à Brisbane tu le mérites.

« Elle est irremplaçable mais je m'en rendrai compte seulement quand elle sera partie » -Lo

Lena mon pilier marseillais. Ma première rencontre en arrivant et je l'espère ma dernière amie à la maison de retraite. Merci pour tout, ton écoute ta gentille, ta souplesse d'esprit. Avec les personnes comme toi la vie devient plus facile.

« Tu es l'as de trèfle qui pique mon cœur » - McS

Pauline et Valentin : merci Pauline d'être une si bonne amie sur qui je peux compter. Tu m'as toujours soutenu et je serais moi aussi toujours là pour toi. Je me projette en vacances à Bastia pour le reste de ma vie chez vous, dans votre future maison vue sur mer. Vous pouvez sortir le « nuit bleu » je prépare ma valise. Et joyeux anniversaire Pauline !

Ma **colocation 3.0** : à vos côtés les journées passent mais ne se ressemblent pas. Je ne conserverais que les bons moments ensemble.

Merci à **Ludo** pour le soutien émotionnel et les bonnes bouffes-soirées à Nîmes, Marseille, et bientôt Barbentane ? Allume le Barbecue !

Merci **François**, pour ta convivialité et ta simplicité. Nous serons sûrement voisins à Lyon dans plusieurs années, je ne me fais pas de soucis là-dessus, trop hâte.

Julie, nous avons fait le bon choix en te choisissant toi et les Ferrero rochers. Je ne sais pas si je parviendrais à continuer Sisi, les vidéos auront un goût bien trop fade sans toi. Merci d'avoir rejoint la coloc et mon cœur.

Au 5^e coloc qui se reconnaîtra, tu peux plagier ma thèse ça ne me dérange pas !

« J'ai des goûts de luxe, la preuve mes amis sont en or » - YouS

Ma team de l'extrême : **Maria, Julien, Clarisse et Lolo**. Vous donnez du sens à ma vie marseillaise.

Maria et Tessa : merci pour tout. L'écoute, le soutien, les soirées. En espérant pouvoir poursuivre cette lancée de voyage à l'autre bout du monde. Merci à Tessa pour les câlins et les ronrons.

Clarisse : tu es une personne incroyablement gentille et facile à vivre, je suis heureuse de te compter parmi mes amis. Et la plus folle parmi les folles, j'adore.

Loic : merci pour ta simplicité, ta gentillesse et ta bienveillance. J'attends désormais les soirées à la Ciotat (sur le yacht ?).

Julien, je te remercie de me sortir de chez moi une fois par semaine sinon je me serais fossilisée. Le plus fêtard d'entre nous et le plus sociable. Tu mets du fun et de la bonne humeur peu importe où tu es et j'adore ça.

« Tellement d'ennemis, si peu d'alliés. Et les seuls qui m'entourent sont pratiquement tous fous à lier » - Boo

Mathias : en colonie de vacances, à l'internat et maintenant inséparable malgré la distance. Je ne sais pas si tu crois au destin mais je pense qu'il nous fait des signes. Merci pour les bons moments et ceux à venir à Ajaccio si je ne dis pas de bêtises...

« Un jour tu me donneras ton oui et tu prendras mon nom » - NK

Ines et Etienne : mon nouveau couple goals, merci pour votre gentillesse, votre accueil lors de mes venues à Ajaccio, vous faites briller le soleil un peu plus. Tu as bien de la chance Etienne car avec Inès tu ne t'ennuieras jamais.

« Votre absence est la pire des présences » - Nkf

Ma future maison de santé :

À la psychiatre qui lit aussi bien dans l'esprit de ses patients que dans l'avenir, merci pour ton soutien lors de mon travail de thèse et tes précieux conseils, tu te reconnaîtras.

À la globe trotteuse du groupe toujours partante pour aller au bar. N'oublie jamais de continuer à chanter en soirée. Santé !

« Toujours en équipe on préférera être en car que de rouler en Porsche » - Wanana

Mes fidèles amies de St Michel d'Euzet, **Pauline et Alexia** :

Merci pour les souvenirs d'enfance qui me réchauffent le cœur. Je vous délivrerais plus de temps à présent, dans le Gard dans les Bouches-du-Rhône ou à l'autre bout du monde.

« Saint Michel d'Euzet, ce petit patelin paumé que même la France elle sait pas qu'il est là chez elle » - K

Les Nîmois : **Arnaud, Marina, Cyril, Isabeau, Carine, Pauline C, Julien, Laura B, Laura C et Neel**. Merci à vous, vous avez embelli mon externat, rempli ma mémoire de souvenir, vous comptez énormément pour moi. J'espère vous revoir au plus vite. Mention spéciale à Arnaud pour sa capacité à admettre que j'ai toujours raison même quand j'ai tort.

Lucia : avec toi ce fut si simple de devenir amie. Tu es ma psy officielle pour le meilleur et pour le pire. N'oublie pas de prendre soin de toi autant que tu prends soin des autres.

Clémentine : ma petite Tahitienne. Petite mais forte d'esprit. J'espère que nous nous verrons davantage. Surtout maintenant que tu t'es fait opérer des yeux tu me verras mieux.

Fanny : merci pour ta simplicité, ta joie de vivre, ton calme qui peut devenir folie à tout moment de la nuit.

Elisabeth et Clément : merci pour avoir fait le déplacement malgré la distance. J'espère que vous n'allez pas mourir de froid à Serre chevalier. De très beaux moments vous attendent et je vous souhaite le meilleur. Désolé de ne pas être venue vous voir la prochaine saison de ski sera la bonne.

Nedjma : merci pour ta folie qui m'a toujours fait extrêmement rire, n'arrête jamais de t'amuser tu le fais si bien.

Iliana : une excellente cuisinière qui m'a bien régalé. Et ma professeure d'escalade que j'ai dû tant décevoir.

A mes amis d'enfance **Josephine, Cédric, Sophie, Laurie et Valentin** et aux amis de la famille ESPEIL **Mariane, Didier, Liliane, Sonia, Philippe, Marité et Pascal**, vous avez apporté de la joie à mon enfance et des souvenirs heureux, je vous en remercie.

À mes nouvelles rencontres, **Louise et Yoann**. La vie m'apporte de nouveaux amis chaque jour et c'est pour cette raison que je l'aime terriblement.

Table des matières

INTRODUCTION :	3
PARTIE I-I: LE TDA/H CHEZ L'ADULTE :	5
1. Un peu d'histoire :.....	5
2. Concept clinique :.....	6
3. Trajectoire Développementale :	7
a. Épidémiologie :.....	7
b. Sexe ratio :.....	8
c. Évolution du trouble :.....	9
d. Retentissement général :	10
4. Étiopathogénie du TDA/H :.....	10
5. Dépistage et diagnostic :	12
a. Un diagnostic clinique :.....	12
b. La place des échelles et questionnaires :	14
6. Les comorbidités associées et diagnostiques différentiels :	15
a. Les principales comorbidités et diagnostiques différentiels :	15
b. Les troubles de l'usage de substances (TUS) :	19
7. La prise en charge :	21
a. Prise en charge non pharmacologique :.....	22
b. La prise en charge pharmacologique :	24
PARTIE I- II : TDA/H et trouble de l'usage des substances :	27
1. Introduction :.....	27
2. Épidémiologie :	27
3. Conséquences :	28
a. Des comorbidités psychiatriques plus fréquentes :	28
b. Une diminution de la qualité de vie :	29
c. Un rapport aux substances modifié :	30
d. Des modifications pharmacologiques :	31
4. Les liens entre le TDA/H et les troubles de l'usage de substance :	31
a. Une base physiologique / génétique commune :.....	32
b. L'automédication :	34
c. La désinhibition comportementale :	35
d. L'hypothèse des comorbidités :	36
5. Substance par substance :	37
a. TDA/H et nicotine :.....	37
b. TDA/H et trouble de l'usage du cannabis :.....	39
c. TDA/H et trouble de l'usage de l'alcool :.....	41
d. TDA/H et stimulants :	44
e. TDA/H et opiacés :.....	49

6. Prise en charge :	52
a. Dépistage et diagnostic :	52
b. La prise en charge du TDA/H chez les adultes présentant des TUS	57
c. Détournement et mésusage :	70
d. Aspects préventifs :	73
PARTIE II : ETUDE QUALITATIVE	77
1. Matériels et méthodes :	77
a. Type d'étude :	77
b. Population de l'étude :	78
c. Guide d'entretien :	79
d. Recueil des données :	79
e. Analyse des données :	80
2. Résultats :	80
a. Caractéristiques :	80
b. Analyse des résultats :	82
3. Interprétation des résultats.	115
a. Forces et faiblesses de l'étude :	115
b. Discussion :	116
c. Perspectives d'amélioration.....	123
CONCLUSION :	128
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	130
ANNEXES:	147
Abréviations :	150
RÉSUMÉ.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>

INTRODUCTION :

Les pathologies duelles sont définies par la présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs pathologies addictives chez un même individu. La co-occurrence entre trouble mental sévère et addiction est actuellement un enjeu important de santé publique par les répercussions individuelles et collectives qu'elle engendre. La prise en charge de ces patients reste difficile, en lien avec la complexité des troubles et le manque d'adaptation du système de soin. Les prises en charges globales dans un même site sont rares et concernent une minorité des patients. Elles sont dans la majorité des cas plurielles et contraignent les patients à se diriger vers plusieurs spécialistes, psychiatres et addictologues, pouvant manquer de coordination dans les soins. Le coût financier s'avère être plus élevé qu'en population générale et serait proportionnel au niveau des comorbidités chez ses patients usagers. La précarité sociale est également souvent présente chez ces personnes et peut favoriser les comportements violents et délictueux amenant à des confrontations avec la justice. De plus les conséquences médicales sont plus fréquentes, en lien avec l'accumulation des comorbidités psychiatriques ainsi que celles liées aux traitements (1).

Probablement un des troubles les plus controversé et débattu le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est une affection de plus en plus diagnostiquée de nos jours touchant aussi bien les enfants que les adultes. Le TDA/H est un trouble encore peu diagnostiqué chez l'adulte en France, pourtant il ne fait pas exception dans le cadre des pathologies duelles. En effet les demandes de soins des adolescents et adultes atteints de TDA/H et de trouble de l'usage des substances sont en augmentation que ce soit dans les cabinets cliniques ou dans les centres de traitements axés sur la prise en charge des pathologies addictives. La littérature de plus en plus abondante sur le sujet souligne l'importance de la reconnaissance de ces deux troubles. Les études menées auprès d'adultes présentant des troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) montrent une prévalence plus élevée du TDA/H à l'âge adulte par rapport à la population générale (4). La relation entre le trouble de l'usage de substance et le TDA/H est complexe en raison des modulations qu'elle apporte concernant les présentations cliniques de ses troubles, leurs diagnostics, leurs pronostics et leurs prises en charges. Des recherches menées sur des échantillons

communautaires sont en faveur d'une apparition plus précoce des troubles mentaux par rapport au début des consommations. Plusieurs théories fournissent des pistes de réflexion afin d'expliquer le ou les mécanismes par lesquels ces comorbidités sont médiées. Les plus importantes sont la présence de vulnérabilités neurobiologiques similaires, l'hypothèse de l'automédication et la désinhibition comportementale.

Du point de vue du corps médical ces patients relevant d'un double diagnostic suscitent de nombreuses interrogations quant à leur prise en charge que ce soit concernant le repérage des symptômes, l'initiation du processus de dépistage, du diagnostic, mais aussi la place et le choix du traitement médicamenteux (susitant souvent des inquiétudes en lien avec un mésusage médicamenteux redouté ou une mauvaise tolérance) ainsi que la surveillance qui en découle.

Dans une première partie, ce travail présente un recueil de la littérature sur la comorbidité entre le TDA/H et les troubles de l'usage des substances. Nous exposerons les connaissances actuelles sur le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte, puis nous aborderons plus spécifiquement son lien étroit avec le trouble de l'usage des substances en nous appuyant sur la littérature et les recommandations disponibles sur le sujet.

Dans la seconde partie est présenté notre travail d'étude qualitative réalisée auprès des médecins addictologues (psychiatres et généralistes) concernant leur retour d'expérience concernant la prise en charge des sujets TDA/H en addictologie. Le but de cette étude était d'identifier le ressenti des soignants travaillant avec ces patients usagers au sein de structure d'addictologie afin de comprendre leur point de vue, leurs inquiétudes et d'y répondre aux mieux.

PARTIE I-I: LE TDA/H CHEZ L'ADULTE :

1. Un peu d'histoire :

Le moderne « trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité » est le nom du dernier avatar d'un trouble présent depuis des années chez l'homme. Le précurseur de ce trouble est ancien et déjà dans l'antiquité ses manifestations étaient perçues comme pathologiques et comparées à la folie. Au IV^{ème} siècle avant JC, Théophraste, disciple de Platon et d'Aristote, tire des portraits humains à travers l'examen de ses concitoyens. Théophraste se plaît à décrire, à nommer, à classer et dessine trente portraits incarnant chacun un défaut spécifique de l'homme. Dans ses descriptions composées de douze saynètes, « l'Étourdi » semble être proche de l'actuel sujet présentant un TDA/H. Le personnage présente des troubles de la mémoire immédiate et oublie ce qu'il vient de faire à l'instant. Ayant peu la notion du temps il rate son propre procès, il est désorganisé, impulsif et déverse un flot de paroles en permanence. La littérature du XVII^{ème} siècle va elle aussi fournir des traces abondantes illustrant ces sujets dissipés tels que « Ménélaque » -à travers la plume de Jean de la Bruyère - et « Léandre », le héros de « La Distraite » sous celle de Jean-François Regnard. La Bruyère propose une traduction des « Caractères de Théophraste » et l'Étourdi grec devient « Ménélaque » en 1688. Son portrait est fait à partir d'anecdotes et de scènes pittoresques illustrant la grotesque distraction du personnage (2). En 1850, en Allemagne, sont décrits pour la première fois par le médecin psychiatre Heinrich Hoffmann des cas d'instabilité motrice en premier lieu chez les enfants puis chez les adultes. En France, c'est en 1897 que Bourneville va fournir les observations cliniques qui fonderont ensuite le concept « d'instabilité neuromotrice ». La terminologie du trouble se transforme peu à peu, passant de « Brain damage syndrome » en 1920 (à travers les travaux de Still et de Conners) à celui de « syndrome hyperkinétique » (dans ceux de Bradley et Laferrière). Cette dernière figure dans le DSM-II en 1974. A cette période l'hyperkinésie représente alors le critère diagnostique majeur du trouble. Le critère attentionnel ne sera détaillé que dans le DSM-III (diagnostic and statistical manual) en 1980 et quelques années après encore dans la dixième édition de la classification internationale des maladies (CIM-10) en 1993. On parle

alors désormais de TDA/H (trouble déficit de l'attention/hyperactivité) et non plus de THADA (trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention). Dans les premières éditions du DSM, le TDA/H n'était évoqué que chez les enfants ou les adolescents. Le caractère persistant du trouble à l'âge adulte apparait avec le DSM-IV et a amené plusieurs controverses quant à l'âge d'apparition des symptômes, leurs seuils, le niveau de déficience nécessaire pour poser le diagnostic ainsi que la stabilité des sous-types au cours de la vie entraînant des ajustements de ces critères dans la dernière édition. La dernière mise à jour a été publiée dans le DSM-V en 2013. Celle-ci comprend la modification du critère d'apparition des symptômes passant de l'âge de sept ans à douze ans, une diminution du nombre de symptômes de six à cinq sur les neuf énoncés ainsi que l'ajout d'exemples spécifiques (3).

2. Concept clinique :

Le TDA/H est un trouble dit « neurodéveloppemental ». Le neurodéveloppement est un processus dynamique influencé par des facteurs biologiques, génétiques, socioculturels, affectifs et neuro-environnementaux. Il désigne l'ensemble des mécanismes qui vont guider le développement et orchestrer les fonctions cérébrales. Il débute très précocement, dès la période anténatale et peut se poursuivre jusqu'à l'âge adulte. Les troubles du neurodéveloppement se caractérisent par une perturbation du développement cognitif ou affectif conduisant à une altération du fonctionnement adaptatif, personnel, social, scolaire ou professionnel. Le retentissement du trouble couvre un large éventail, pouvant s'étendre d'une limitation très spécifique des apprentissages ou des fonctions exécutives à une altération globale des compétences sociales ou de l'intelligence (4).

Les troubles du neurodéveloppement s'associent souvent entre eux et incluent les troubles du développement de la communication et des interactions sociales (les troubles de la sphère autistique) ; les déficiences intellectuelles, les retards mentaux ; les troubles spécifiques des apprentissages ; les troubles moteurs et les autres troubles non spécifiques.

Caractéristiques cliniques du TDA/H :

Tout comme pour l'enfant, les manifestations cliniques du TDA/H de l'adulte reposent sur un trépied symptomatique comprenant un déficit attentionnel, une hyperactivité et une impulsivité. Les symptômes de ce trouble peuvent être présents à différents degrés dans la population générale, le TDA/H étant la manifestation extrême de ce large spectre symptomatique. Les symptômes de la triade diagnostique constituent les traits saillants du TDA/H mais d'autres manifestations sont également retrouvées telles que des troubles dysexécutifs, une dysrégulation émotionnelle ainsi qu'une irritabilité pouvant rendre difficile les diagnostics différentiels, notamment en ce qui concernent les troubles de l'humeur et de la personnalité (5).

Le déficit attentionnel comprend une altération de la vigilance et de l'attention soutenue ; des difficultés organisationnelles et une distractibilité importante par rapport aux sujets de même sexe et de même âge développemental.

L'hyperactivité s'exprime au travers d'un besoin d'agir et de réagir rapidement, de difficultés dans l'anticipation des conséquences d'une action et cela de manière excessive par rapport aux sujets de même sexe et de même âge développemental.

En lien avec un déficit d'inhibition, l'impulsivité se manifeste par une intolérance voire une aversion de l'attente. Elle est particulièrement observable sur la sphère verbale, avec une propension marquée à « couper la parole ». Cette impulsivité peut conduire à une instabilité professionnelle (abandon de poste, changement d'emplois fréquent par lassitude) mais aussi affective et amicale ou encore à des conduites à risque (excès de vitesse ou consommation de toxiques, difficultés avec l'autorité, etc...) (6).

3. Trajectoire Développementale :

a. Épidémiologie :

Dans l'enfance la prévalence du TDA/H est estimée à 5% dans le monde (7) et environ 3,5% en France (8). Les données concernant la prévalence du TDA/H chez l'adulte sont aussi variables que le nombre d'études à son sujet. Chez l'adulte, la prévalence du TDA/H se situerait entre 2.5% et 2.9% (9). Une méta-analyse portant sur vingt études, étendue sur treize pays et sept régions métropolitaines et comprenant plus de 26000 participants a estimé que 2,8% des adultes répondent aux critères du TDA/H (10). Ces estimations varient en fonction

des critères diagnostiques, de la méthodologie des études, de l'âge des patients et de l'évaluateur. L'article le plus récent indique que le TDA/H touche 5,9% des jeunes et 2,5% des adultes français (11).

La modification des critères diagnostic dans la dernière édition du DSM 5 comprend : une diminution du nombre de symptômes (de six à cinq), une augmentation de l'âge d'apparition des symptômes (de 7 à 12 ans) concernant les critères diagnostiques ainsi que l'ajout de nouveaux exemples cliniques plus pertinents pour une population adulte. La modification de ces critères a conduit à une augmentation de 27% des diagnostics de TDA/H par rapport aux critères du DSM IV. Le diagnostic n'aurait donc pas été posé chez une proportion importante de patients. En effet les critères du DSM V ont été établis comme étant plus adaptés au diagnostic chez une population adulte. Par exemple la présence de symptômes avant l'âge de sept ans était souvent difficile à recueillir rétrospectivement, et seulement la moitié des sujets diagnostiqués mentionnaient ces symptômes alors que 95% d'entre eux le notifiaient avant l'âge de douze ans. L'utilisation du mot « symptôme » à la place de celui de « déficience » permet également d'établir le diagnostic à postériori (3).

b. Sexe ratio :

Comme fréquemment observé dans les troubles du neurodéveloppement, le ratio est en faveur des hommes et varie de 3-4:1 (12). Chez l'adulte ce ratio tend à s'équilibrer. Une des explications possibles pourrait être que durant l'enfance, les filles présenteraient une symptomatologie moins bruyante (moins de tendance à l'hyperactivité) et seraient donc sous détectées. Ce ratio serait donc faussé. Chez l'adulte, les femmes solliciteraient davantage le système de soins, pour des difficultés attentionnelles notamment, et auraient une plus grande conscience de leurs difficultés (attentionnelle et/ou organisationnelle) ce qui viendrait équilibrer le ratio (3).

c. Évolution du trouble :

Les études concernant la persistance du TDA/H, de l'enfance à l'âge adulte ont fourni des résultats très hétérogènes allant de 4 % à 76 %. Ceci pourrait s'expliquer par les différences méthodologiques dans l'application des anciens critères du TDA/H et du processus choisi pour diagnostiquer le TDA/H dans une population plus âgée. Les études longitudinales utilisant une méthodologie diagnostique multimodale stricte suggèrent un taux de persistance du TDA/H, de l'enfance à l'âge adulte, d'environ 40-50% (13). Se pose alors la question de la validité des critères et des procédures diagnostiques initialement décrites chez les enfants et adolescents au sein des populations adultes.

Si l'inattention reste la manifestation la plus fréquente à l'âge adulte, une amélioration de la dimension « hyperactivité/impulsivité » est souvent observée au fil des années. Les difficultés attentionnelles quant à elles persisteraient de manière plus constante. Les symptômes relatifs à l'hyperactivité revêtent, à l'âge adulte, une expression plus cognitive que dans l'enfance, souvent décrite comme un flux excessif de pensées difficile à interrompre. L'instabilité motrice laisse place à un besoin excessif de bouger, de s'occuper, des difficultés à se relaxer et à refuser les sollicitations ou une difficulté à rester discret dans des situations qui l'imposent. Assez schématiquement, les symptômes attentionnels connaissent au fil du temps une réémission minimale, ceux concernant l'hyperactivité et l'impulsivité ont tendance à se dissiper au fil des années. Une réémission complète ou partielle du trouble est possible (14).

La plupart des études se base sur des populations jeunes, d'enfants d'adolescents et d'adultes jusqu'à la troisième décennie de vie mais peu d'entre elles portent sur le vieillissement des patients TDA/H. En ce qui concerne les populations plus âgées souvent elles n'ont pas pu bénéficier d'un diagnostic dans l'enfance car le trouble n'était pas encore une entité clinique reconnue. Dans ces populations, des manifestations comportementales et cognitives atypiques peuvent être parfois diagnostiquées à tort comme des troubles cognitifs pathologiques alors qu'aucun déclin ou processus neurodégénératif en soit l'origine. Une relation possible entre trouble neurodéveloppemental et démence pose question, mais aucune causalité n'a été établie pour le moment. Certaines études ont montré que les sujets présentant un TDA/H seraient plus à risque de développer des troubles neurodégénératifs (maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy, atrophie corticale postérieure), mais la réalisation d'autres études à grande échelle est nécessaire pour confirmer ces résultats (7).

d. Retentissement général :

Afin de limiter le retentissement du trouble, des stratégies de développement sont souvent mis en place par les patients. Si pour de nombreux sujets ces stratégies sont profitables, elles peuvent parfois revêtir une allure dysfonctionnelle. Par exemple le développement de compensation organisationnelle, d'un perfectionnisme ou d'une rigidité pour pallier aux difficultés attentionnelles souvent coûteuses en ressources cognitives rendent alors le diagnostic moins aisé, pouvant porter à confusion avec un fonctionnement obsessionnel.

L'évolution du trouble à l'âge adulte est associée à des difficultés dans les activités de la vie quotidienne du patient telles que :

- des problèmes sociaux : des relations familiales plus instables et un taux plus élevé de divorce plus élevés par rapport au reste de la population saine (15).
- des difficultés concernant la sphère professionnelle : un niveau d'études et d'éducation plus faible et des résultats socio-économiques moins performants comparés aux sujets sains (16).
- un risque majoré d'accidents du travail en lien avec un dysfonctionnement des fonctions exécutives et une inadaptation environnementale (17).
- des problèmes médico-légaux : une prévalence plus élevée du trouble en milieu carcéral (18).
- Une tendance plus importante à l'isolement social et la marginalisation (7).
- Un taux plus élevé d'admissions en hôpital psychiatrique (7).
- Un taux de mortalité plus élevé également (19).

4. Étiopathogénie du TDA/H :

Les étiologies sont multiples et sont probablement la combinaison de facteurs génétiques, neurologiques et environnementaux.

Les facteurs génétiques prennent une place importante en ce qui concerne l'étiologie du TDA/H. Plusieurs études basées sur l'observation de jumeaux montrent une héritabilité aux environs de 74%, ce qui place le TDA/H comme le trouble psychopathologique le plus héritable (20). Les gènes concernés seraient les gènes codants pour les récepteurs dopaminergiques ainsi que ceux codants pour le transporteur de la dopamine. Des gènes impliqués dans le système sérotoninergique, comme le gène du transporteur de la sérotonine, interviendraient également.

Les nouvelles techniques d'imagerie cérébrales ont permis d'identifier deux types d'anomalies non pathognomoniques du TDA/H : des anomalies morphologiques au sein des lobes frontaux, des ganglions de la base et du corps calleux ainsi que des anomalies fonctionnelles dans le sens d'une hypoactivité du cortex préfrontal, du striatum et du thalamus. Chez les sujets présentant un TDA/H, il y aurait un dysfonctionnement au niveau des structures cérébrales responsables de l'inhibition comportementale. Ces structures se trouvent en partie au niveau des aires frontales (21).

L'hypothèse neurochimique actuelle est celle d'une diminution de l'activité globale du système dopaminergique et du système noradrénergique chez les sujets TDA/H. D'après certaines études, les effets positifs des psychostimulants seraient davantage dus à leur action inhibitrice de la recapture de la noradrénaline plutôt qu'à celle de la dopamine. La dopamine et la noradrénaline sont des neurotransmetteurs et permettent de conserver un état d'alerte et de vigilance indispensable pour réagir à la nouveauté, à l'imprévu, au stress et à l'effort. La dopamine est le précurseur de la noradrénaline et le taux de dopamine extracellulaire est en partie contrôlé par l'activation du transporteur de la noradrénaline. La dopamine joue un rôle essentiel dans la régulation des motoneurones, dans la fonction de la mémoire spatiale, de la motivation, de l'éveil, de la récompense et du plaisir. Les taux extracellulaires de dopamine sont modulés par des activités de libérations toniques et phasiques. Les neurones dopaminergiques ont une activité tonique basale qui entraîne une libération constante de dopamine. Leur fréquence de décharge est régulière (1 à 6 Hz) en l'absence de stimuli ce qui maintient les taux de base du neurotransmetteur extracellulaire à un niveau faible. L'activation phasique des neurones dopaminergiques entraîne quant à elle une augmentation de leur fréquence de décharge (≈ 20 Hz) aboutissant à une augmentation significative des taux extracellulaires de dopamine. Dès lors qu'une récompense est obtenue ou lorsqu'un stimuli

prédit l'arrivée potentielle d'une récompense, les neurones dopaminergiques émettent des potentiels d'actions qui induisent une forte libération de dopamine. Ces fluctuations des taux de dopamine sont de puissants modulateurs du désir et de la motivation. L'hypothèse actuelle décrite dans le TDA/H est celle d'une dysrégulation des taux de dopamine et de noradrénaline dans certaines zones cérébrales (notamment celle du cortex pré frontale) ayant pour origine soit une faiblesse du signal lent tonique soit d'une décharge phasique exacerbée. Les traitements médicamenteux disponibles vont dans ce sens avoir comme intérêt de majorer le signal tonique et de diminuer le signal phasique.

Comme les autres troubles du neurodéveloppement il convient d'ajouter les facteurs périnataux tels que la prématurité, le retard de croissance intra-utérin, un petit poids pour l'âge gestationnel, l'exposition à des facteurs délétères durant la grossesse (alcool, tabac, autres substances psychoactives), les infections néonatales, mais aussi les facteurs environnementaux à la naissance (négligence émotionnelle et maltraitance) entraînant une vulnérabilité socio-affective (22).

5. Dépistage et diagnostic :

a. Un diagnostic clinique :

Le diagnostic du TDA/H repose sur l'inventaire des signes cliniques du patient, c'est-à-dire le recueil des symptômes auprès du patient. Contrairement à la plupart des autres troubles psychiatriques, le diagnostic du TDA/H ne repose pas sur la mise en évidence d'une rupture avec un état antérieur. Les difficultés sont durables et parfois subtiles et l'impact fonctionnel n'est pas toujours bien perçu par le patient. En cela, le regard de l'entourage familial est bien souvent indispensable pour établir un diagnostic.

La prise en charge des patients TDA/H peut s'effectuer dans les services de soins primaires. Certaines situations peuvent toutefois nécessiter une orientation vers une unité plus spécialisée comme une réponse insuffisante aux thérapeutiques préconisées, la présence de troubles comorbides médicaux somatiques ou psychiatriques, ou bien des réticences de la part du patient ou de sa famille au diagnostic ou au traitement (23).

L'évaluation initiale comporte plusieurs étapes :

-Un interrogatoire rétrospectif permettant la recherche d'arguments en faveur de symptômes de TDA/H avant l'âge de 12 ans, si possible en présence d'un membre de l'entourage et en s'appuyant sur les bulletins scolaires.

-Un entretien diagnostique qui évalue la présence des symptômes du TDA/H au cours des six derniers mois.

- Concernant le déficit attentionnel devront être recherchés : des difficultés à soutenir l'attention, à prêter attention aux détails, à suivre des consignes, à mener une tâche à terme, des pertes et oublis itératifs et une perception du temps altérée.
- Concernant la composante hyperactivité/impulsivité seront recherchés : des difficultés à tenir en place dans les situations qui l'imposent, un sentiment de tension interne ou d'agitation, un besoin permanent d'être occupé, la recherche de nouveauté et une impulsivité entraînant des comportements à risque.

-Une évaluation des pathologies médicales et psychiatriques comorbides au TDA/H ainsi que la recherche et l'exclusion des diagnostics différentiels possibles.

-L'évaluation du retentissement fonctionnel et la sévérité de la symptomatologie.

Le diagnostic and statistical Manual of mental disorders (DSM) constitue un outil diagnostic. Dans sa dernière version, le DSM-5, il s'appuie sur la présence de cinq critères ou plus (sur les neuf critères proposés) dans les sections « inattention » et/ou « hyperactivité/impulsivité » ; la présence des symptômes avant l'âge de douze ans ; la persistance des symptômes durant au moins six mois à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences sur les activités sociales et académiques/professionnelles. Comparé à sa version précédente (le DSM-IV), le DSM-V classe désormais le syndrome non plus parmi les troubles psychiatriques mais comme un trouble neurodéveloppemental. Il précise que les symptômes doivent être présents avant l'âge de douze ans et le nombre de critères a été abaissé de six à cinq pour les sections « inattention » et « hyperactivité/impulsivité ».

La dernière version de la classification internationale des maladies, la CIM-11, propose des critères diagnostiques proche du DSM-V.

b. La place des échelles et questionnaires :

Les échelles diagnostiques tout comme les questionnaires d'évaluation sont des outils pratiques pour obtenir des renseignements sur le patient mais ne suffisent pas à eux seuls à établir un diagnostic. Ils constituent malgré tout un intérêt pour orienter celui-ci et permettent de suivre la chronologie des variations cliniques et la réponse thérapeutique. Plusieurs outils psychométriques ont été validés chez le sujet adulte tels que l'échelle Adult ADHD Self report Rating Scale (ASRS) validée par l'OMS, ou la Wender Utah Rating Scale (WURS) validée également en français.

La version simplifiée de l'ASRS, dite ASRS v.1.1 a été conçue par l'organisation mondiale de la santé (ASRS v.1.1). Cette version brève et facile d'utilisation est la plus utilisée en pratique. En raison de la grande variation de la concordance au niveau des symptômes, l'ASRS v.1.1 a surpassé l'ASRS non pondéré à 18 questions en termes de sensibilité (68,7 % contre 56,3 %) et de spécificité (99,5 % contre 98,3 %) (24).

Concernant la WURS, plusieurs versions sont disponibles. La première comprend 61 items dont 25 concernent les symptômes actuels présentés par le sujet, les autres items sont basés sur une dimension rétrospective. La WURS-25 comprend 25 items et évalue les symptômes de l'enfance, elle présente une sensibilité et une spécificité de 96%. Et enfin la WURS-K, pour Kurz version, également composée de 25 items rétrospectifs, ayant une sensibilité de 85% et une spécificité de 76% (3).

Les entretiens semi structurés comme le Conners Adult ADHD Diagnostic Interview (CAADID), l'Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale (ACDS) ou le Diagnostic Interview for ADHD in adults (DIVA 5.0) dont la dernière version s'appuie sur les critères du DSM-V et comprend une évaluation de la symptomatologie dans l'enfance et au cours des six derniers mois sont également des outils intéressants pour aider le clinicien dans sa démarche diagnostique.

D'autres auto-questionnaires permettent l'évaluation de la sévérité du TDA/H. Cependant ils n'ont pas tous fait l'objet d'une validation en français. Certains permettent d'évaluer des dimensions symptomatiques associées au TDA/H, comme la labilité émotionnelle ou le déficit exécutif. Le retentissement fonctionnel du TDA/H peut être évalué par la réalisation de la Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS). Cette échelle se présente sous forme d'un auto-questionnaire et explore le retentissement du trouble sur sept domaines (familial,

professionnel, scolaire, estime de soi, fonctionnement social, comportement à risque et aptitude dans la vie quotidienne). L'Affective Liability Scale (ASL) quant à elle est une échelle qualitative permettant l'évaluation de la dysrégulation émotionnelles (25).

6. Les comorbidités associées et diagnostics différentiels :

a. Les principales comorbidités et diagnostics différentiels :

Une recherche attentive des diagnostics différentiels doit également être menée. En effet ils constituent la principale problématique clinique de la reconnaissance et du diagnostic du TDA/H. Étant donné qu'aucun des nombreux symptômes du TDA/H soit pathognomonique, les chevauchements cliniques ainsi que d'autres troubles sont nombreux.

Parmi les diagnostics somatiques à évoquer, nous citerons les atteintes auditives ou visuelles, les troubles du sommeil, les dysfonctionnements thyroïdiens, le trouble du spectre de l'alcoolisation foetale, l'hypoglycémie, l'anémie et la neurofibromatose. Dans ces cas-là, des examens médicaux s'avèrent nécessaires, tels que la polysomnographie, l'électroencéphalographie ou l'imagerie cérébrale.

Les symptômes du trouble sont en effet peu spécifiques et peuvent se rattacher à une majorité des troubles psychopathologiques. Les études ont révélé que dans 75% des cas le TDA/H est comorbide à une autre pathologie psychiatrique (26). Un trouble comorbide est, en principe, une entité clinique distincte qui s'ajoute à une pathologie initiale. Parfois il peut être également une conséquence de cette pathologie primaire. Les comorbidités du TDA/H se modifient avec l'âge et la trajectoire évolutive du trouble. Pendant l'enfance et l'adolescence celles-ci sont majoritairement représentées par les autres troubles du neurodéveloppement. Nous pouvons citer par ordre croissant de fréquence d'après le DSM-V : les troubles des apprentissages (dyslexie, dysgraphie, dyscalculie), le handicap intellectuel et la précocité intellectuelle, le trouble du langage, les tics, les troubles de la sphère de l'autisme et le trouble du développement et de la coordination.

Sont aussi très fréquemment retrouvés chez le sujet jeune :

- les troubles du sommeil, tel que le retard de phase. En effet, 25 à 50% des enfants et adolescents présentant un TDA/H rapportent des problèmes de sommeil (27) ;
- le trouble oppositionnel avec provocation (28) ;
- les troubles émotionnels (trouble anxieux, trouble de l'humeur).

Chez l'adulte les principaux troubles psychiatriques comorbides retrouvés dans la littérature sont les suivants :

- Dépression et dysthymie :

Le taux de prévalence de la dépression chez les sujets TDA/H rapporté par les différentes études est estimé entre 18,6% et 53,3%. Inversement le taux de comorbidité du TDA/H chez les sujets souffrant de dépression se situe entre 9 et 16%, avec une moyenne de 7,8% (16)-(29). L'instabilité de l'humeur et une dysrégulation émotionnelle sont des plaintes fréquentes chez les sujets TDA/H. Selon certains auteurs, l'humeur varie 4 à 5 fois par jour chez ces personnes (30). Les troubles du sommeil, la nervosité, l'agitation, l'apathie et les troubles de la concentration constituent une liste non exhaustive de symptômes similaires entre les deux troubles. La distinction diagnostique est généralement faite en tenant compte de l'apparition précoce et de l'évolution chronique des symptômes associés au TDA/H. Contrairement à l'épisode dépressif caractérisé qui induit une rupture avec l'état antérieur, les symptômes du TDA/H persistent généralement de manière chronique et indépendamment de la thymie. Les symptômes dépressifs peuvent également être une conséquence du TDA/H par les difficultés que le trouble induit tant au niveau professionnel que relationnel. L'évaluation clinique chez ces personnes doit systématiquement inclure l'évaluation de la thymie et du risque suicidaire associé.

- Le trouble bipolaire :

Le taux de comorbidité du TDA/H avec le trouble bipolaire est estimé entre 9,5 et 21,2% et à l'inverse le taux de comorbidité du trouble bipolaire avec le TDA/H se situerait 5,1 et 47,1% (31). Les caractéristiques cliniques communes de ces deux troubles telles que l'hyperactivité, l'agitation physique, l'irritabilité, l'impulsivité, la logorrhée, la distractibilité et l'instabilité

émotionnelle rendent la distinction entre ces deux troubles complexe. Il est dans ce cas utile de s'appuyer sur une anamnèse rétrospective et de retracer la trajectoire temporelle des symptômes. Un épisode manique, une rupture avec l'état antérieur, et l'évolution épisodique sont des éléments essentiels afin de guider le diagnostic. Le TDA/H-comparé au trouble bipolaire, se manifeste généralement plus tôt dans la vie et a une évolution dite chronique et persistante. De nombreuses études suggèrent que la présence du TDA/H accélère l'apparition du trouble bipolaire et est prédictif d'une évolution plus grave de la maladie avec des périodes de rémission plus courtes ainsi que des épisodes de manie et de dépression plus fréquents et favorise la survenue d'autres pathologies psychiatriques comorbides. Le trouble bipolaire questionne également sur l'usage des psychostimulants en tant que traitement pour les patients présentant un TDA/H. Des inquiétudes subsistent quant au risque de virage maniaque ou hypomaniaque associé aux stimulants. L'utilisation de molécules à action prolongée est préconisée une fois la stabilité de l'humeur obtenue dans ce contexte. (29)

- Les troubles anxieux :

La prévalence du trouble anxieux chez les sujets TDA/H est plus élevée que dans la population générale et avoisinerait les 50% (32). Ces patients présentent alors une symptomatologie plus bruyante, un âge d'apparition du trouble anxieux plus précoce et sont davantage sujets aux abus de substances psychoactives et aux autres comorbidités psychiatriques (33). Dans la plupart des cas il s'agit d'un trouble anxieux généralisé, d'un trouble panique, d'un état de stress post traumatique ou d'une anxiété sociale. Il existe un retard diagnostique chez ces sujets qui pourrait être expliqué par le fait que l'anxiété inhiberait l'impulsivité dans certains cas (34). Il existe des déficits neurobiologiques communs entre les deux troubles associés à une faible activité préfrontale et à des déficits de régulation descendante. Une attention particulière doit être portée concernant l'apparition et l'évolution de la symptomatologie.

- Les troubles de la personnalité :

On retrouve peu de données dans la littérature concernant la comorbidité des troubles de la personnalité et du TDA/H. Des rapports suggèrent que 50% des adultes atteints de TDA/H

présenteraient des troubles de la personnalité et que 25% en présenteraient même plusieurs. La comorbidité entre ces troubles induit des déficiences plus graves, réduit le taux de réponse au traitement par méthylphénidate et diminue également l'observance médicamenteuse. Les adultes atteints de TDA/H et présentant des caractéristiques prédominantes de dysrégulation émotionnelle ont une incidence plus élevée de troubles de la personnalité comorbide (74 %) que les adultes atteints de TDA/H présentant des caractéristiques prédominantes d'inattention (32 %), ce qui conforte la conceptualisation du TDA/H comme un trouble dimensionnel qui se manifeste par un spectre de présentations cliniques et de gravité. Le TDA/H et les troubles de la personnalité coexistent souvent avec d'autres troubles de l'axe 1. Par exemple, on estime que 18 % des adultes souffrant de TDA/H et de dépression et 23 % des adultes souffrant de TDA/H et de trouble bipolaire présentent également un trouble de la personnalité. Il y a peu d'essais cliniques évaluant les stratégies de gestion des troubles de la personnalité en général, sans parler de la comorbidité avec le TDA/H. Il est plausible que chez certaines personnes, le TDA/H adulte puisse se manifester comme un trouble de la personnalité et que le fait de cibler le traitement pour atténuer les symptômes du TDA/H puisse également améliorer les caractéristiques du comportement antisocial (29).

- Les troubles des conduites alimentaires :

Bien que les sujets atteints de TDA/H présentent une agitation et une activité motrice exacerbées, les problèmes de surpoids et d'obésité constituent une comorbidité importante de ce trouble. En effet 60% des patients TDA/H présenteraient des problèmes d'alimentation, en particulier de type boulimie (21). Les comportements alimentaires sont considérés, par les patients comme impulsifs et à but d'apaisement. A l'inverse le taux de prévalence du TDA/H chez les personnes présentant des TCA est d'environ 11,4% (29) et le TDA/H est retrouvé chez 27 % des personnes souffrant d'obésité grave (36). La corrélation entre les deux troubles n'est pas clairement élucidée, certains auteurs évoquent l'hypothèse d'un défaut dopaminergique ainsi que de l'activité des récepteurs d'insuliniques cérébraux.

- Les troubles du sommeil :

L'insomnie est l'une des plaintes les plus rapportées par les sujets présentant un TDA/H. Son origine est très probablement multifactorielle, associant une mauvaise hygiène du sommeil et à une altération du rythme circadien. Une méta-analyse sur le sujet rapporte une augmentation significative de la latence d'endormissement, de la somnolence diurne et du nombre de réveils nocturnes chez les adultes atteints de TDA/H par rapport aux adultes sans TDA/H (37). Les conséquences pour le patient sont une altération de la vigilance diurne, une augmentation de l'inattention, une impulsivité accrue et des difficultés à rester éveillé. Il existe également un recoupement clinique entre le TDA/H et la narcolepsie, l'hypersomnie idiopathique, le syndrome des jambes sans repos et/ ou des mouvements périodiques des membres. La sévérité des symptômes du TDA/H est exacerbée par les conséquences diurnes dues aux troubles du sommeil, ces derniers favorisent également la présence d'autres troubles associés, psychiatriques ou métaboliques (25).

Sont aussi fréquemment retrouvés, les troubles disruptifs et ceux du contrôle des conduites (en lien avec les difficultés d'autocontrôle des comportements et des émotions) ; le trouble de stress post traumatique et les paraphilies.

Par ailleurs, les affections somatiques peuvent également mimer certains symptômes du TDA/H. Parmi les plus courantes, on cite le syndrome d'apnée obstructif du sommeil, les maladies inflammatoires, les pathologies neurologiques (épilepsies, traumatismes crâniens et commotion cérébrale) mais aussi (entre autres) l'hypoglycémie, les dérèglements hormonaux et l'anémie sévère (23).

- b. Les troubles de l'usage de substances (TUS) :

Les troubles de l'usage de substances regroupent l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives basé sur l'identification d'un modèle pathologique de comportements dans lequel les patients continuent à utiliser une substance malgré des problèmes qui en découlent.

La dernière version du DSM a remplacé les concepts « d'abus » et de « dépendance » par celui de « trouble lié à l'usage de substance ». Les critères diagnostiques de ces troubles sont

presque identiques à ceux de l'usage nocif (abus) et de la dépendance des classifications antérieures. Ils ont été combinés en un seul ensemble de critères, à deux exceptions près : le critère « problèmes judiciaires récurrents » a été retiré et le critère « craving » a été ajouté. Est évoqué un « trouble » quand au moins deux des onze critères décrits se manifestent au cours d'une période de douze mois. Le nombre de critères définit ensuite la sévérité du trouble : deux à trois critères pour un trouble léger, quatre à cinq pour un trouble modéré et six ou plus pour un trouble sévère.

La prise en charge des TUS :

La prise en charge des TUS repose principalement sur les psychothérapies et les traitements médicamenteux. Le changement peut passer par le sevrage et l'abstinence ou la recherche d'autocontrôle. La prise en charge peut s'effectuer en ambulatoire ou sous la forme d'une hospitalisation. Elle doit également être axée sur les comorbidités somatiques et psychiatriques.

Les psychothérapies :

Dans la prise en charge du TUS le travail de psychothérapie constitue une modalité importante du soin. Il propose une approche globale de la personnalité ainsi que l'abord des relations interpersonnelles et émotionnelles. Il guide le patient vers le changement dans sa manière de penser, de se comporter et d'interagir. En effet les personnes présentant des TUS relèvent de difficultés à identifier, moduler, tolérer et exprimer leurs émotions (38).

Les principaux axes d'interventions sont constitués par l'entretien motivationnel, les thérapies psychosociales, psychoéducatives et psychodynamiques.

- L'entretien motivationnel : c'est une technique psychothérapeutique qui vise à faire évoquer un changement par la personne elle-même concernée en se fondant sur ses propres valeurs et intérêts.
- Les thérapies psychosociales : elles ont pour principe de faire du patient un acteur des soins thérapeutiques. Elles prennent en compte plus particulièrement la dimension sociale (les interactions sociales), l'appartenance collective et l'humain. Elles suggèrent

une intervention sur l'environnement social et placent les familles comme partenaires du soin.

On distingue quatre types de thérapies psychosociales : la psychoéducation, la thérapie interpersonnelle, les thérapies cognitives et comportementales (TCC) et enfin les thérapies familiales.

- Les thérapies psychoéducatives : elles mettent l'apprentissage au centre de leur finalité. Elles visent plus particulièrement à enrichir les compétences expérientielles et à aides à l'acquisitions de nouvelles cognitives et sociales afin de mener vers le changement. Elles comprennent l'éducation thérapeutique (démarche éducative qui vise à prendre en charge de façon active sa maladie, l'acceptation de celle-ci et son autocontrôle), les thérapies cognitivo-comportementales de prévention à la rechute, les thérapies psychocorporelles et les thérapies par l'expression créative.
- Les thérapies psychodynamiques : elles se focalisent sur les mécanismes psychiques altérant les facultés de réaction et les relations humaines. Elle interroge le passé individuel à la recherche des causes des problématiques actuelles (38).

Les traitements médicamenteux :

Ils abordent la médecine sous la forme d'une dépendance à partir d'un dysfonctionnement neurobiologique. Ils visent à la compensation des dysfonctionnements biologiques et/ou à l'atténuation des effets perceptibles. Ils doivent aussi être axés sur le traitement des troubles associés et des comorbidités.

L'association entre le trouble de l'usage de substances et le TDA/H est détaillée dans la seconde partie (38).

7. La prise en charge :

Il n'existe à ce jour aucune recommandation d'expert en France concernant la prise en charge du TDA/H chez l'adulte. Toutefois, des sociétés savantes ont publié des consensus d'expert

sur le sujet. La prise en charge doit être la plus précoce possible, adaptée et multimodale. Elle doit reposer sur une prise en charge à la fois symptomatique (des symptômes du TDA/H et des comorbidités associées) ainsi qu'à une approche fonctionnelle visant à la réduction du retentissement du TDA/H. La prise en charge inclut des mesures non médicamenteuses, de psychoéducation et de psychothérapie, si besoin complétée par un traitement pharmacologique (25). En fonction de la sévérité de la symptomatologie et de la demande du patient, le choix s'offre entre une monothérapie par psychothérapie ou par traitement pharmacologique ou bien par une thérapie combinée psychopharmacologique. Les études s'appuient sur l'hypothèse que la thérapie combinée est plus efficace et produit un effet plus important sur la sévérité de la symptomatologie par rapport à la monothérapie (39).

a. Prise en charge non pharmacologique :

Selon le consensus fondé sur les bonnes pratiques cliniques ainsi que la nécessité de travailler sur la base d'un consentement éclairé dans le cadre d'une approche multimodale, la psychopédagogie devrait être la première étape en tant que standard de soin. Les premières données montrent que les patients et les proches qui participent à un programme structuré de psychoéducation renforcent leurs connaissances concernant le trouble et améliorent ainsi leur qualité de vie et leur bien être psychologique (40).

La prise en charge psychothérapeutique vise à l'optimisation des stratégies d'adaptation du sujet face aux symptômes du trouble. Elle s'appuie principalement sur les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementales (TCC), les thérapies comportementales dialectiques (TCD) et la remédiation cognitive. Les thérapeutes apportent un soutien émotionnel au patient mais aussi une aide dans le développement de stratégies visant notamment l'amélioration de la gestion du temps, la potentialisation des capacités adaptatives et organisationnelles ainsi que le contrôle de l'impulsivité dans le but de permettre une amélioration de leur qualité de vie. Si les troubles sont peu sévères, une simple guidance peut permettre une amélioration du vécu des troubles et une aide à l'adaptation au travers d'une psychothérapie de soutien. Chez l'adulte, cette prise en charge est en principe individuelle ; toutefois chez les jeunes adultes elle peut aussi passer au travers d'une guidance parentale et d'une équipe éducative. Enfin, comme le TDA/H résulte principalement d'une condition neurobiologique qui affecte le comportement et les émotions, la psychothérapie

doit employer un modèle de réhabilitation cognitive aidant les individus à acquérir des compétences, à développer des capacités compensatoires et à restructurer leur mode de vie. La remédiation cognitive, quant à elle, est une approche comportementale du traitement qui soutient que les fonctions cognitives représentent des domaines séparables qui peuvent être évalués et traités de façon indépendante (comme la mémoire et l'attention par exemple). Elle s'appuie sur le principe que la plasticité neuronale cérébrale permettrait, avec un entraînement, une réadaptation des fonctions cognitives altérées (41).

Une étude a réalisé une revue systématique concernant l'efficacité des traitements non pharmacologiques sur les principaux symptômes du TDA/H. Les TCC sont de loin les thérapies ayant fait état de plus de publications. Elles peuvent être dispensées sous forme de thérapie de groupe, individuelle ou via internet. Les résultats globaux suggèrent qu'elles sont associées à une réduction des principaux symptômes comportementaux du TDA/H, et ont montré une amélioration des symptômes indépendants et auto-déclarés du TDA/H, tant pour la thérapie de groupe (42) que pour la thérapie individuelle (43). Les améliorations comprennent des changements dans les symptômes de l'inattention et de l'hyperactivité-impulsivité et étaient basées sur des mesures prises avant et après le traitement et lors du suivi. Cependant, il existe une hétérogénéité marquée entre les études, en termes de taille d'échantillons, de conception et de qualité d'étude, mais aussi concernant le type d'effets sur les symptômes du TDA/H. Par exemple, certaines études ont trouvé une réduction des symptômes du TDA/H rapportée par les informateurs mais pas par les patients eux-mêmes et vice-versa. Certaines ont identifié un changement durable des symptômes du TDA/H sur la base des données de suivi, mais pas immédiatement après l'intervention. Des recherches supplémentaires sur les interventions TCC sont donc nécessaires, y compris des études visant à reproduire les résultats prometteurs identifiés jusqu'à présent. D'autres interventions se sont également révélées prometteuses comme les thérapies basées sur la pleine conscience, la thérapie comportementale dialectique (TCD), l'hypnothérapie et la rééducation attentionnelle par neurofeedback (NFB). Les interventions basées sur la mindfulness (MBCT) et les thérapies comportementales dialectiques (TCD) sont toutes deux similaires à la TCC dans la mesure où elles permettent une modification des comportements du sujet. Considérées comme des thérapies cognitives et comportementales de " troisième vague " elles diffèrent de la TCC traditionnelle par le fait qu'elles proposent un changement concernant la relation

entre l'individu et ses pensées plutôt que dans le contenu de celles-ci (44). La pleine conscience est intégrée dans ces thérapies et vise à rediriger doucement l'attention vers le moment présent lorsque celle-ci s'égaré. Elle agirait alors comme une sorte d'entraînement cérébral, soulignant le parallélisme entre ces interventions et la thérapie de remédiation cognitive, qui implique également un entraînement de l'attention et a été associée à une réduction des principaux symptômes du TDA/H (45).

Enfin, des aménagements scolaires ou professionnels peuvent être mis en place ou maintenus pour les adultes en formation ou étudiant dans le milieu universitaire comme la mise en place d'un environnement d'examen séparé des autres élèves, des périodes d'examen plus longues, une réduction des devoirs et la mise à disposition d'un preneur de notes.

Les sujets présentant un TDA/H peuvent également bénéficier de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé.

b. La prise en charge pharmacologique :

Concernant le versant médicamenteux les recommandations du National Institut for Clinical Excellence (NICE) préconise le méthylphénidate comme traitement de première ligne avec la lisdexamfetamine (VYVANSE®), mais cette dernière n'est pas disponible en France. Le méthylphénidate est un psychostimulant, inhibiteur mixte de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ayant une structure amphétaminique mais sans effet de libération massive des neuromédiateurs comme décrit pour les amphétamines. Le méthylphénidate est commercialisé sous plusieurs formes : la Ritaline, qui a obtenue l'autorisation de mise sur le marché en avril 2021 pour l'adulte sous forme à libération prolongée ; le Concerta Lp (22% de formule à libération immédiate et 78% à libération prolongée) ; le Quasym (30% de formule à libération immédiate et 70% à libération prolongée) et le Medikinet (50% de libération immédiate et 50% de libération prolongée). Leur sécurité et leur tolérance sont satisfaisantes d'après les études, bien que leur bénéfice clinique à long terme soit encore discuté (6). Depuis septembre 2021, la prescription initiale des spécialités à base de méthylphénidate (MEDIKINET, QUASYM, RITALINE, RITALINE LP, CONCERTA et génériques) est ouverte aux médecins psychiatres, neurologues ou pédiatres exerçant en ville est a pour objectif l'amélioration de la prise en charge précoce du TDA/H. Dans l'ensemble, les traitements

pharmacologiques se sont avérés efficaces pour réduire les symptômes du TDA/H chez les adultes, du moins à court terme, comparé au placebo. Une revue systématique de Castells et al suggère que le méthylphénidate est significativement plus efficace que le placebo pour réduire les symptômes du TDA/H, avec une taille d'effet modérément importante (différence moyenne standardisée (SMD) à 0,49, IC 95 % 0,34 à 0,64) à court terme, indépendamment du type de formulation utilisée, et de manière dose-dépendante (46).

En cas d'échec thérapeutique ou de contre-indication aux psychostimulants l'atomoxétine (STRATTERA) pourra être utilisée en seconde ligne. L'atomoxétine est un inhibiteur sélectif du transporteur pré-synaptique de la noradrénaline. Une méta-analyse a montré la non-infériorité de l'atomoxétine par rapport au méthylphénidate concernant la réduction des symptômes du TDA/H chez les adultes, (différence absolue -0,9%, IC 95 % -9,2 % à 7,5 %) (47). Enfin les inhibiteurs du récepteur alpha 2 adrénergique représentés par la Guanfacine (INTUNIV) et la Clonidine (CATAPRESSAN) constituent les traitements de 3^e lignes. Il existe d'autres molécules disponibles en France mais elles montrent pour le moment des résultats contrastés comme c'est le cas pour le bupropion (ZYBAN) et le modafinil (MODIODAL). En ce qui concerne la dexamphétamine (ATTENTIN), elle est disponible en France mais fait l'objet d'une ATU nominative pour le moment dans le traitement de la narcolepsie.

Des précautions particulières doivent être prises en amont de la prescription de psychostimulants comme le méthylphénidate. D'une part la recherche des principales contre-indications au traitement doit être effectuée de manière rigoureuse, que ce soit sur le plan somatique (pathologies cardiaques, phéochromocytome, hyperthyroïdie, glaucome à angle fermé), psychiatrique ou pharmacologique. En cas de trouble bipolaire comorbide, le méthylphénidate doit être prescrit seulement qu'en période d'euthymie, lorsque des médicaments stabilisateurs de l'humeur ont été prescrits et ajustés. L'utilisation du méthylphénidate n'est pas non plus recommandée chez les sujets présentant des tics moteurs ou des symptômes psychotiques. Il convient également d'être vigilant quant à sa prescription chez les sujets anxieux, et/ou présentant un épisode dépressif non stabilisé ou un trouble du comportement alimentaire. Une fois prescrit le méthylphénidate nécessite une surveillance particulière des effets indésirables potentiels, qui sont principalement d'ordre neuropsychiatriques (insomnie, céphalées, bruxisme, irritabilité, anxiété, tics moteurs ou verbaux, changements d'humeur, engourdissement émotionnel, sautes d'humeur et

apparition ou aggravation de troubles psychotiques), cardiovasculaires (augmentation du rythme cardiaque et/ou de la pression artérielle, palpitations), cérébraux-vasculaires (artérite, accident vasculaire cérébral) et métaboliques (perte d'appétit, perte de poids, impact sur la croissance)(27). La présence de comorbidité addictive suscite chez les soignants de nombreuses inquiétudes, que ce soit sur le plan diagnostique ou thérapeutique. En effet certains symptômes d'intoxication aigüe ou de sevrage peuvent mimer la symptomatologie du TDA/H et compliquer le repérage et l'identification des symptômes. La place et l'intérêt du traitement par psychostimulant ainsi que les risques qui en découlent sont débattus et nécessitent un éclaircissement. Dans cette seconde sous partie nous aborderons de manière plus spécifique l'association entre le TDA/H et le trouble de l'usage de substances.

PARTIE I- II : TDA/H et trouble de l'usage des substances :

1. Introduction :

Nous allons à présent nous intéresser plus spécifiquement aux comorbidités entre le TDA/H et le trouble de l'usage de substances. Comme évoqué précédemment pour les pathologies duelles, l'association du TDA/H et des troubles de l'usage de substances (TUS) ne fait pas exception concernant les difficultés qu'elle engendre sur le plan de la santé physique, psychique et sociale. Les conséquences négatives de cette dualité ont été objectivées et entraînent des difficultés notables telles qu'une modification de la trajectoire de la symptomatologie des troubles, une diminution de l'efficacité des traitements mis en place, une aggravation et une chronicisation des troubles, un risque suicidaire élevé, des difficultés financières importantes mais aussi des altercations judiciaires, voir des incarcérations.

Cette seconde partie présente une synthèse de la littérature disponible sur le sujet. Dans un premier temps nous présenterons l'épidémiologie de ces deux troubles ainsi que les conséquences qui en découlent. Nous aborderons ensuite les liens et hypothèses pouvant expliquer cette forte comorbidité. Puis nous détaillerons substance par substance les particularités qui en découlent. Enfin, nous présenterons la prise en charge des patients présentant un TDA/H usagers de substances. Les addictions comportementales ne seront que brièvement évoquées, non pas qu'elles soient négligeables bien au contraire, elles nécessiteraient certainement un autre travail de recherche tout aussi important.

2. Épidémiologie :

Les estimations concernant la prévalence du TDA/H chez les patients présentant un trouble de l'usage de substances varient considérablement dans la littérature. Il n'est pas aisé de comprendre l'origine de ces variations, elles s'expliquent en partie par les différences

concernant les populations étudiées, les substances consommées et par le mode d'évaluation des deux troubles. Une méta-analyse réalisée en 2011 comprenant 29 études et incluant au total 6689 patients a permis d'établir une plus juste estimation de la prévalence du TDA/H chez les sujets atteints de TUS à l'adolescence et à l'âge adulte. Dans l'ensemble, 23,1 % (IC : 19,4-27,2%) de tous les sujets présentant un TUS répondaient aux critères du DSM pour le TDA/H. La prévalence du TDA/H a été estimée à 25,3 % (C.I. 20,0-31,4 %) chez les adolescents et à 21,0 % (C.I. 15,9-27,2 %, I2 = 91,3 %) chez les adultes. Une méta-régression a ensuite été effectuée pour évaluer l'impact de l'âge, des substances en question, et de la procédure d'évaluation du TDA/H dans ces populations d'usagers. Après ajustement de ces variables, la prévalence globale du TDA/H est restée inchangée. Cette méta-analyse n'a pas inclus les études dans lesquelles la nicotine était la principale drogue d'abus, celles où les populations étudiées étaient composées de jeunes délinquants, et celles concernant des patients traités pour un trouble psychiatrique (48).

L'étude internationale sur la prévalence du TDA/H chez les patients présentant un trouble de l'usage de substances (IASP) est à ce jour l'étude épidémiologique la plus importante et la plus récente dans ce domaine. Elle révèle que les patients atteints de TDA/H présenteraient une prévalence plus élevée de trouble primaire lié à l'utilisation d'alcool (34,5% contre 8,2%, rapport de cote 7,0) et d'autres troubles liés à l'utilisation de substances (29,0% contre 16,7%, rapport de cote de 3,4) (49).

3. Conséquences :

a. Des comorbidités psychiatriques plus fréquentes :

Une étude s'est intéressée aux comorbidités psychiatriques des patients en recherche de traitement pour un trouble de l'usage de substances. Dans cette étude comprenant 1205 patients, la prévalence du TDA/H dans l'échantillon était de 13,9%. Les différents diagnostics psychiatriques ont été évalués via la passation de la MINI (Mini mental international neuropsychiatric interview) et l'échantillon de patient présentant un TDA/H a révélé

davantage de trouble bipolaire (OR = 4,3, IC à 95 % = 2,1-8,7), de dépression majeure chez les patients dont l'alcool était la principale substance consommée (OR= 4,1, IC à 95 % = 2,1-7,8), de trouble de la personnalité borderline (OR = 7,0, IC à 95 % = 3,1-15,6 pour la substance alcool ; OR = 3,4, IC à 95 % = 1,8-6. 4 pour les autres drogues) et de trouble de la personnalité antisociale (OR= 2,8, IC à 95 % = 1,8-4,2) en comparaison avec le groupe sans TDA/H. Ces résultats montrent également des niveaux plus élevés de trouble dépressif majeur et de trouble de la personnalité borderline avec la substance alcool par rapport aux autres substances d'abus. En fonction du sous-type prédominant du TDA/H on observe une divergence dans la répartition des comorbidités psychiatriques avec une majoration des dépressions majeures avec le sous-type inattentif et combiné ; une plus forte proportion des troubles bipolaires et des troubles de la personnalité antisociales avec le sous type hyperactif/impulsif et combiné ainsi qu'une augmentation du trouble borderline dans tous les sous-types en comparaison aux patients souffrants de TUS sans TDA/H. Au total, dans cet échantillon de patients en recherche d'un traitement pour leur trouble de l'usage de produits, 75% des patients souffrant d'un TDA/H présentaient au moins une comorbidité psychiatrique contre 37% des patients non concernés par le trouble (49).

b. Une diminution de la qualité de vie :

- En lien avec des difficultés financières :

Une étude visant à évaluer les besoins de soins des patients atteints de TDA/H et de TUS a comparé la qualité de vie perçue par les patients consommateurs avec ou sans TDA/H et apporte les conclusions suivantes : les patients souffrant de TUS et de TDA/H sont plus insatisfaits de leurs finances et souffrent davantage du chômage par rapport aux patients sans TDA/H. La consommation fréquente de drogues illégales et donc, la nécessité de se procurer des drogues onéreuses, pourrait également expliquer la fréquence et la gravité des problèmes financiers qui caractérisent les patients présentant un TUS associé à un ADHD. En effet dans cette étude, les patients présentant un TDA/H associé à un TUS ont présenté plus de problèmes avec les drogues dures en comparaison du groupe TUS sans TDA/H qui eux souffraient principalement de troubles de l'usage de l'alcool (50). Ces patients avaient également plus de difficultés à maintenir un emploi stable (51).

- En lien avec des relations sociales plus fragiles : ces patients relatent également une vie sociale et sexuelle plus pauvre et vivent plus souvent seul par rapport au patient sans TDA/H (50).
- En lien avec des problèmes judiciaires plus fréquents : Le TDA/H est très répandu chez les personnes incarcérées. La prévalence globale estimée du TDA/H en prison se situe entre 26 % et 30%. Une méta-analyse montre une probabilité accrue d'avoir des troubles liés à la consommation de substances chez les détenus souffrant d'un TDA/H, avec une estimation de la prévalence conjointe de cette comorbidité estimée à 74 % (52).

c. Un rapport aux substances modifié :

Les adultes ayant des antécédents de TDA/H ont un risque doublé de développer un TUS par rapport à ceux ne présentant pas de TDA/H (53) et sont moins susceptibles de se maintenir dans les soins. Ils sont sujets à une apparition plus précoce des consommations, et à une plus grande sévérité et chronicité de celles-ci (54). Pour fournir un exemple d'estimation : 17% à 45% des adultes atteints de TDA/H auraient des antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool et 9% à 30% auraient des antécédents d'abus ou de dépendance aux drogues (55). Toutefois le lien apparent entre le TDA/H et les problèmes de toxicomanie peut s'expliquer par la cooccurrence d'autres problèmes psychiatriques, notamment les troubles de l'humeur et les troubles anxieux concomitants. Une étude publiée en 2016 s'est penchée sur le profil et la gravité de l'addiction associé au diagnostic de TDA/H chez les patients présentant une ou plusieurs addictions afin de savoir si le TDA/H lui-même (et non les troubles psychiatriques concomitants) est associé à une expression plus sévère de la dépendance. L'hypothèse étant que le TDA/H, et plus particulièrement sa persistance à l'âge adulte, serait associé à la sévérité de la dépendance. Au total, 217 patients en recherche de traitement pour une addiction aux substances ou aux jeux d'argent ont été inclus. Les antécédents de TDA/H étaient associés à une apparition plus précoce de la dépendance, de la polydépendance (définie par la présence d'au moins deux diagnostics actuels de dépendance à une substance, en plus de la dépendance au tabac, le cas échéant). La persistance du TDA/H à l'âge adulte était associée à une prévalence plus élevée de polydépendance. Cette étude souligne, entre autres, la nécessité d'une mise en œuvre précoce d'interventions préventives pour la consommation de

substances ou la dépendance comportementale chez les enfants/adolescents atteints de TDA/H (56).

De plus, des études cliniques et de neuro-imagerie suggèrent que les patients atteints du double diagnostic de toxicomanie et de TDA/H présentent un craving plus élevé que les patients sans TDA/H (57). Contrairement aux témoins sans TDA/H, les groupes d'adultes et d'enfants présentant le trouble ont été significativement plus nombreux à avoir des envies de consommer et ces mêmes personnes ont développé un plus grand nombre de symptômes de sevrage, à la nicotine notamment (57).

d. Des modifications pharmacologiques :

Une revue systématique avec méta-analyse a étudié l'efficacité des traitements pharmacologiques chez les patients souffrant à la fois de TDA/H et de troubles liés à l'utilisation de substances. La gravité des symptômes du TDA/H, l'abstinence de médicaments et l'abandon du traitement, toutes causes confondues, ont été les principaux critères d'évaluation de l'étude. Au total 13 études ont été incluses soit 1271 patients. Les résultats obtenus demeurent mitigés : si les interventions pharmacologiques améliorent les symptômes du TDA/H, aucun effet bénéfique sur l'abstinence de drogues ou sur l'abandon du traitement n'a été constaté. Les études sont donc en faveur d'une efficacité réduite des traitements du TDA/H utilisés à dose standard chez les patients présentant une comorbidité TDA/H et un TUS (58). Nous verrons par la suite les résultats des traitements en fonction des différentes substances problématiques.

De plus, la question est de savoir si le traitement des symptômes du TDA/H par des stimulants prédispose les enfants à la consommation ultérieure de substances est une préoccupation importante (59).

4. Les liens entre le TDA/H et les troubles de l'usage de substance :

La comorbidité entre le TDA/H et les conduites addictives peut être envisagée de différentes façons. En effet cette corrélation peut être justifiée par divers facteurs, notamment des mécanismes neurobiologiques, les aspects cliniques du TDA/H et le besoin d'automédication des patients. Nous détaillerons ici les hypothèses les plus fréquemment retrouvées dans la littérature :

a. Une base physiologique / génétique commune :

Bien que les symptômes psychiatriques et les conduites comportementales liés au TDA/H jouent un rôle causal dans le développement de l'usage problématique de drogues et de la toxicomanie, des nouvelles données concernant une base génétique commune entre ces deux troubles font surface. D'une part le TDA/H est plus répandu dans les familles des patients souffrant de trouble de l'usage de substances et ces derniers sont plus fréquents chez les membres de la famille des patients atteints de TDA/H par rapport à ceux indemnes du trouble. En effet, une étude évaluant à la fois le TDA/H et les TUS dans des familles de patients souffrant de TDA/H a révélé des preuves d'une familiarité partagée de ces deux troubles avec une expression variable (60). Toutefois les facteurs de risque génétique communs n'ont pas encore été identifiés, principalement parce que les étiologies de ces deux troubles sont encore largement inconnues. La principale hypothèse est que ces facteurs communs seraient en lien avec une perturbation du circuit dopaminergique de la récompense (61,62). En effet la découverte d'interventions pharmacologiques efficaces pour le TDA/H suggère que ce trouble et le trouble de l'usage de substances présentent tous deux des anomalies dans les circuits neuronaux connexes en particulier dans les circuits liés au traitement de la récompense. Il existe des preuves convaincantes démontrant que le TDA/H serait lié à une sous activité de la voie de la récompense de la dopamine, la liaison du transporteur de la dopamine (DAT) dans la tomographie par émission de positons (TEP) étant diminuée. Pour résumer il semblerait qu'il y ait un déficit de la transmission dopaminergique à la fois dans le TDA/H et dans les TUS, mais le mécanisme impliqué (que ce soit une diminution des récepteurs DAT/ dopamine, soit une diminution de la liaison et de la libération de la dopamine) semble complexe et hétérogène (63).

Les déterminants génétiques impliqués dans la variabilité dans ces systèmes de neurotransmetteurs ont été étudiés dans les deux troubles fournissant des résultats

controversés. Dans les cas où des variants particuliers étaient identifiés, les résultats se sont avérés difficilement reproductibles. Cela s'expliquerait par le fait que l'impact de chaque variant est assez faible, ce qui témoigne de la nature polygénique de ces deux troubles. Certains polymorphismes génétiques ont été explorés dans la prédisposition commune au TDA/H et aux TUS tel que ceux des récepteurs D4 à la dopamine (DRD4), des récepteurs D5 à la dopamine (DRD5), des récepteurs à la sérotonine HTR1B, ceux de la dopamine-bêta-hydroxylase (DBH), et de la catéchol-O-méthyl-transférase (COMT), ainsi que le gène du récepteur m-opioïde OPRM1 ayant été précédemment étudié dans des études d'association avec le TDA/H et les drogues. L'implication des récepteurs D4 et D5 de la dopamine est bien établie dans la physiologie du TDA/H et concerne les réseaux frontaux-sous-corticaux qui ont été mis en avant dans les études de neuro-imagerie et de neuropsychologie. La dopamine-bêta-hydroxylase (DBH) est la principale enzyme responsable de la conversion de la dopamine en norépinéphrine (noradrénaline); la catéchol-O-méthyl-transférase (COMT) est responsable de la dégradation des catécholamines (dopamine et de la norépinéphrine). Le gène OPRM1 quant à lui code pour le récepteur m-opioïde qui est la cible moléculaire des peptides opioïdes endogènes comme la morphine et d'autres opioïdes. Le variant à risque choisi pour le gène OPRM1 est le 118A4G (rs1799971) SNP qui altère la séquence des acide aminés pour le récepteur. Les résultats de cette enquête exploratoire confortent l'hypothèse selon laquelle certains génotypes spécifiques augmentent le risque de TDA/H seul, alors que d'autres majorent le risque de combiner le TDA/H à un trouble de l'usage de substance. Le génotype à risque OPRM1 a montré une augmentation du risque de développer un phénotype combiné TDA/H et TUS. En raison du rôle crucial du récepteur OPRM1 dans la tolérance et la dépendance aux opioïdes, les variations dans le code génétique de ce récepteur ont été impliquées non seulement dans la dépendance aux opioïdes mais aussi dans d'autres troubles de l'usage de substance. Comme le système opioïde endogène n'a pas encore été mis en cause dans la neurobiologie du TDA/H, le lien entre le TDA/H et le génotype à risque étudié dans la présente étude manque de clarté, car il n'a pas été examiné dans des études antérieures. Cependant, il est important de noter que le système opioïde pourrait être impliqué dans les perturbations de la régulation de la récompense et du renforcement, observées dans le TDA/H, en particulier dans l'altération de la signalisation des récompenses différées découlant des perturbations des processus motivationnels. Les résultats de cette étude suggèrent un rôle physiopathologique spécifique du système opioïde dans la vulnérabilité accrue aux

troubles du comportement dans le TDA/H et l'utilisation et à la consommation problématique de substances. Le génotype à risque DBH était quant à lui associé au diagnostic de TDA/H seul, l'association étant la plus forte dans le groupe TDA/H pur (64).

b. L'automédication :

L'hypothèse de l'automédication est celle selon laquelle les consommations permettent au sujet de faire face aux difficultés cognitives, psychologiques et émotionnelles induites par le TDA/H (65). Son but est de moduler les processus émotionnels et comportementaux par le biais de mécanismes exécutifs de contrôle afin de compenser les déficiences du système dopaminergique (66). Les liens entre le TDA/H et l'usage de drogues, ainsi que le détournement des traitements psychostimulants sont en faveur de cette hypothèse. La consommation de substances permet de palier aux frustrations en lien avec les symptômes du TDA/H tel que l'impossibilité d'être totalement fonctionnel au travail (en lien avec une activité mentale pouvant être chaotique associée à des efforts de concentration inefficaces et une sensation d'épuisement), mais aussi une incapacité à se détendre dans les moments de calme. Ces consommations permettent également de combler la sensation d'ennui présente chez ces personnes et d'apaiser la détresse psychique et le sentiment de dévalorisation liés aux difficultés scolaires, professionnelles, relationnelles et aux comorbidités associées (67).

Une étude visant à identifier les besoins en matière de soins des patients adultes souffrant de troubles de l'usage des substances avec ou sans TDA/H concomitants a mis en avant certaines différences entre les groupes de patients présentant ou pas un TDA/H concernant la consommation de substances psychoactives. Le groupe avec trouble de l'usage de substances seules a indiqué qu'il cherchait à soulager les effets négatifs souvent associés à des expériences douloureuses, voire traumatiques. Le groupe présentant un TUS et un TDA/H cherchait principalement un effet calmant, tranquillisant et une réduction des sentiments de chaos. Enfin, les personnes interrogées dans le cadre de cette étude ont fréquemment signalé que le manque d'enquête sur la dépendance sexuelle était regrettable. Selon de nombreux hommes interrogés, la combinaison de l'alcool, des drogues et des femmes forme une triade fréquente. De nombreux hommes, en particulier, souffrent d'une dépendance sexuelle. Mais les thérapeutes ne posent pas suffisamment, voire aucune question à ce sujet d'après les

participants à l'étude (50). Des exemples seront cités dans la prochaine partie afin de mieux comprendre ce phénomène.

c. La désinhibition comportementale :

L'hypothèse de la désinhibition comportementale en lien avec le contrôle déficient des impulsions, est associée à une participation à des comportements de recherche de sensations et de nouveauté. L'impulsivité jouerait un rôle essentiel dans l'initiation et le développement de la consommation habituelle et problématique de substances. L'impulsivité, ou la tendance à exprimer des comportements excessifs non planifiés (ou le fait d'agir sur le moment sans tenir compte des conséquences), est un trait communément associé à la fois à la consommation et à l'abus de substances ainsi qu'au TDA/H (68). Bien que le lien entre le TDA/H, l'impulsivité et l'abus de substances puisse sembler intuitif, cette notion ne bénéficie que de peu de soutien empiriquement. Une étude s'est appuyée sur les recherches existantes concernant l'association entre le TDA/H et la consommation de substances en examinant les rôles des multiples facettes de l'impulsivité dans la facilitation de cette association au début de l'âge adulte (considérée comme d'autant plus à risque). Les différentes facettes de l'impulsivité sont l'urgence négative, l'urgence positive, le manque de persévérance, la recherche de sensations et le manque de préméditation. Plusieurs constatations ont été faites dans une étude (69): le rôle de l'impulsivité dans son ensemble permet d'expliquer en partie l'association entre le diagnostic du TDA/H et la consommation de drogues illicites et l'abus d'alcool chez les jeunes adultes. De plus les diverses facettes de l'impulsivité semblent jouer des rôles différents dans l'explication de l'association entre le TDA/H et l'utilisation des différentes substances (par exemple, « l'urgence négative » pour l'abus d'alcool, le tabagisme et la consommation de cannabis ; « le manque de préméditation » pour le mauvais usage de médicaments stimulants). Les différentes facettes de l'impulsivité peuvent être considérées comme des facteurs « transdiagnostiques » pouvant être impliqués dans un large éventail de troubles psychologiques. Ainsi ces facettes spécifiques de l'impulsivité semblent être des médiateurs importants de l'association entre le TDA/H et la consommation de substances et devraient être considérées comme des cibles potentielles pour des interventions en matière de consommation de substances dans cette population (70).

De plus des études concernant les sous-types de TDA/H utilisant des échantillons cliniques ont montré que le sous-type TDA/H combiné présente des taux plus élevés de troubles liés à la consommation de substances psychoactives que le sous type sans hyperactivité/impulsivité (71). De plus en plus de preuves soutiennent l'hypothèse que les symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité peuvent influencer la probabilité d'une consommation ou d'un abus concomitant de substances. En 2007, McGue et Lacono ont révélé dans une étude que les symptômes d'hyperactivité-impulsivité étaient associés à l'initiation des consommations de substances, à l'apparition d'une dépendance à la nicotine et aux troubles de l'usage cannabis, alors que les symptômes d'inattention ne l'étaient pas (72).

d. L'hypothèse des comorbidités :

L'hypothèse des comorbidités stipule que l'usage abusif de substances s'expliquerait mieux par les troubles coexistants ou les diagnostics comorbides tels que le trouble des conduites, le trouble anxieux ou le trouble de l'humeur que par le TDA/H.

Prenons l'exemple des traumatismes de l'enfance. Il a été démontré que le TDA/H était associé à l'abus et à la négligence vécus durant l'enfance. Les adultes présentant un TDA/H présenteraient davantage d'expériences adverses pendant l'enfance que ceux n'ayant pas de TDA/H et seraient plus sujets aux symptômes posttraumatiques et dissociatifs (73). A l'inverse les enfants ayant un TDA/H préexistant s'exposeraient plus à des traumatismes (en lien notamment avec les problèmes d'auto-régulation, l'impulsivité et la recherche de nouveauté). Les personnes souffrant de TUS font également souvent état d'une exposition à des traumatismes durant l'enfance et les TUS coexistent eux-même avec le TDA/H. Il est alors difficile chez une personne présentant un TUS de déterminer qu'elle en est l'origine. Une étude a mis en évidence que les traumatismes pendant l'enfance sont fréquents chez les personnes présentant un TUS et sont associés au TDA/H chez l'adulte. Mais que les traumatismes n'étaient pas associés à la persistance des symptômes du TDA/H de l'enfance à l'âge adulte (74).

5. Substance par substance :

a. TDA/H et nicotine :

Parmi les 51 millions de jeunes et adultes français âgés de 11 à 75 ans, 37 millions ont déjà expérimenté le tabac. Sur ces 37 millions expérimentateurs, 12 millions sont des usagers quotidiens (75). En 2020 le tabagisme quotidien concerne 26 % des 18-75 ans, avec une prévalence plus élevée dans la population masculine (29%) que féminine (22%). Les effets recherchés par les consommateurs sont à la fois psychologiques et physiologiques. L'usage de tabac est souvent justifié par son efficacité sur la gestion émotionnelle (colère, tristesse, anxiété) et son rôle dans les interactions sociales (76).

Les patients atteints de TDA/H présentent des taux de tabagisme significativement plus élevés que ceux de la population générale, les chiffres varient selon les études de 35 à 55%. Il est désormais établi que les adolescents présentant un TDA/H sont plus à risque d'initier et de poursuivre une consommation tabagique par rapport aux sujets de même âge sans TDA/H. Cette consommation débute à un âge plus précoce et évolue vers un usage plus rapide et plus intense de la substance, induisant par la suite à une majoration des taux de comorbidités entre le TDA/H et le tabagisme au début de l'âge adulte (20). La nicotine, substance psychoactive du tabac agit tel un agoniste indirect de la dopamine et permet ainsi une amélioration de l'attention et de l'éveil (77).

Mais quelle est l'origine de cette association ? Est-elle liée à une tentative d'automédication des patients afin d'atténuer les symptômes dysexécutifs et/ou cognitifs ? Ou bien à la conséquence d'un déficit dans l'inhibition des impulsions ? Certaines études mettent en avant l'hypothèse de l'automédication selon laquelle la nicotine améliorerait la concentration et la vigilance des usagers ainsi que certaines performances comme l'attention et la gestion du temps. La nicotine aurait en effet une action positive sur l'attention soutenue (78) mais aussi sur la régulation émotionnelle (79) qui peut être altérée chez les sujets souffrant de TDA/H. Concernant la désinhibition comportementale, les études fournissent des résultats controversés. Certains chercheurs suggèrent que le TDA/H est un facteur de risque spécifique

et indépendant du tabagisme (80). D'autres rapportent que ce sont des traits de personnalité complexes, notamment antisociaux en lien avec le dysfonctionnement orbitofrontal des sujets qui lient le TDA/H et le tabagisme (81). De plus des contradictions concernant les effets des thérapeutiques psychostimulantes ont été rapportées dans la littérature. En effet certains rapports ne mettent en évidence aucun effet ou seulement une très faible diminution de la consommation tabagique (82), d'autres font état d'une augmentation de celle-ci et de l'envie de fumer (83).

Une étude publiée en 2014 a exploré à travers une approche qualitative la manière dont les patients TDA/H consommateurs de tabac perçoivent leur relation avec la nicotine. La gestion des émotions est revenue fréquemment et nombreux sont les sujets ayant attribué les consommations à un sentiment général de stress ou une impression d'être submergé par différents contextes sociaux. Le second thème rapporté lors des entretiens est l'effet positif de la substance sur les relations interpersonnelles permettant une meilleure sociabilisation et connexion à autrui. Les patients ont également donné leur avis concernant l'impact de leur traitement psychostimulant sur leur consommation tabagique. Certains d'entre eux ont observé une diminution des habitudes de consommation tabagique à l'initiation du traitement mais non durable dans le temps. D'autres personnes pensaient que le méthylphénidate augmenterait leur envie de consommer du tabac. Un des sujets a ressenti, via les propriétés stimulantes de la substance, un apaisement du désir de consommer. Les adultes présentant un TDA/H associé à une consommation comorbide de tabac ont donc exprimé des points de vue divergents sur le lien entre le tabagisme et leur trouble psychiatrique. L'usage de nicotine est également lié à un besoin de « sensationnalisme », pour favoriser l'estime de soi et le désir d'appartenance à un groupe. Les résultats de l'étude suggèrent que ni l'hypothèse de l'automédication ni le modèle de désinhibition comportementale n'expliquent pas, à eux seuls, le lien entre le TDA/H et l'addiction à la nicotine (84).

Enfin, concernant le lien entre la gravité de dépendance à la nicotine et le TDA/H, les études soulèvent que, en plus de présenter un risque plus élevé de fumer des cigarettes, les sujets TDA/H ont également une dépendance à la nicotine plus sévère (85) et plus de difficultés à l'arrêt (86). Ces patients débutent leur consommation à un âge plus précoce et fument pendant plus d'années. Le nombre de cigarettes fumées pendant la période de tabagisme la

plus intense est lui aussi plus élevé que chez les sujets ne présentant pas de TDA/H. La présence du TDA/H chez les usagers de cigarettes complique le traitement de la dépendance nicotinique. Les tentatives d'arrêt sont en effet plus nombreuses, les symptômes de sevrage plus intenses, les rechutes plus précoces et fréquentes et peuvent participer à l'aggravation de la symptomatologie du TDA/H (11). Certains auteurs préconisent alors une stabilisation du TDA/H avant d'entreprendre un sevrage tabagique (87), le sous traitement du TDA/H pouvant majorer la symptomatologie et les comorbidités en lien avec le trouble (88).

b. TDA/H et trouble de l'usage du cannabis :

Substance illicite la plus consommée en France, le cannabis rassemble plus de cinq millions d'usagers sur le territoire français au cours de l'année. D'après les chiffres issus de l'OFDT, 46,1 % de la population adulte âgée de 18 à 64 ans relate avoir consommé du cannabis au cours de sa vie. L'usage actuel (correspondant à l'usage de cannabis au cours de l'année) reste stable et concerne 11,3% de cette même tranche d'âge d'après les chiffres de 2017. Les premières consommations débutent aux alentours des 18-25 ans et le nombre d'expérimentateurs atteint son point culminant parmi les 26-34 ans quel que soit le sexe. La population des jeunes adultes est particulièrement touchée et révèle 25,8% de consommateurs actuels parmi les 18-25 ans. Ce chiffre diminue ensuite avec l'âge et dégage des profils de consommateurs divers intégrant davantage les quadragénaires. Ces consommations ne sont pas sans impact pour la santé, en effet accidents de la voie publique, pathologies cancéreuses, cardio-respiratoires et complications psychiatriques sont largement rapportés et s'expliquent en partie par le principe actif du cannabis (Δ^9 -THC) mais aussi par certaines substances résultant de sa combustion (les goudrons). En 2019, la prise en charge des consommateurs en CSAPA représente 20% des motifs de consultations, soit une file active supérieure à 61000 de patients (89).

Le cannabis est également la drogue illicite la plus couramment consommée chez les personnes atteintes de TDA/H (90). Parmi les consommateurs quotidiens, 57% répondent aux critères de l'échelle ASRS pour le dépistage du TDA/H. Le cannabis pourrait être chez ces patients un moyen d'automédication afin de gérer leurs symptômes attentionnels et leur impulsivité (91). Il est à noter que l'usage régulier de cannabis produit des changements

neurocognitifs dans le fonctionnement exécutif similaires au TDA/H (92), ce qui peut rendre difficile le diagnostic de TDA/H chez un consommateur important, et cela également le mois suivant l'arrêt de la consommation. Une étude publiée en 2016 a cherché à estimer la prévalence du TDA/H dans une population de patients adultes en recherche de traitement pour un trouble lié à la consommation de cannabis. Cette étude a également évalué la sensibilité et la spécificité des différents instruments de dépistage du TDA/H. Brièvement 102 adultes pris en charge pour la dépendance à la cocaïne ont été recrutés et ont passé diverses échelles de dépistage validées pour le TDA/H (WURS, CAARS et ASRS v.1.1) qui ont ensuite été comparées au CAADDID (Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM IV) considéré comme le gold standard. La prévalence du TDA/H chez ces patients a été estimée entre 34 et 46%. L'échelle de dépistage WURS est apparue comme le meilleur choix pour l'évaluation initiale d'une population consommatrice de cannabis (Se=0,88 et Sp=0,75). De plus associé au CAARS il permet de fournir une spécificité accrue pour le diagnostic (Sp=0,95% ; Se=0,71%). Quant à l'ASRS, elle détient l'intervalle de confiance le plus large, et est donc moins précise pour estimer la prévalence, contrairement au CAARS seul et au CAARS associé au WURS qui ont des intervalles de confiance plus étroits (93).

D'autres études transversales et rétrospectives concernant les patients atteints de TDA/H se sont également intéressées à l'association entre les deux troubles (94,95). Le TDA/H serait associé à une consommation de cannabis ainsi qu'à des troubles liés à l'usage de cannabis à l'âge adulte et cela d'autant plus que la composante impulsivité et le trouble des conduites oppositionnelles seraient présents (96). De plus les sujets ayant des symptômes persistants à l'âge adulte se seraient montrés plus dépendants au cannabis par rapport à la forme rémittente (97). Le TDA/H et la consommation de cannabis ont tous deux une étiologie très complexe, impliquant une combinaison de facteurs de risque génétiques et environnementaux. Pour le TDA/H l'héritabilité est estimée à 70-80%, concernant l'usage de cannabis et se situe autour de 48% chez les hommes et 40% chez les femmes (98). On pourrait alors supposer un chevauchement génétique, cependant aucun facteur de risque génétique commun ou lien de causalité entre ces traits n'a été décrit jusqu'à ce jour. Une étude publiée en 2018 s'est penchée sur cette question et a utilisé les statistiques sommaires des plus grandes méta-analyses disponibles sur les études d'association pangénomique (GWAS) du TDA/H et de la consommation de cannabis au cours de la vie afin de mieux comprendre le

chevauchement génétique et la relation causale de ces deux traits. Elle donne une estimation de leur corrélation génétique, des facteurs génétiques partagés à travers une analyse croisée et teste le rôle causal du TDA/H sur la consommation ultérieure de cannabis en appliquant une approche de randomisation mendélienne. Conformément aux preuves antérieures soutenant la coexistence de ces deux traits, l'étude a trouvé une corrélation génétique hautement significative et a également apporté des preuves en faveur d'un lien de causalité entre le TDA/H et la consommation de cannabis. Elle a identifié quatre nouveaux locis significatifs à l'échelle du génome dans une analyse croisée. Toutefois la corrélation génétique à elle seule ne permet pas de distinguer entre pléiotropie et causalité. L'analyse de randomisation mendélienne quant à elle a fourni des preuves significatives d'un effet causal du TDA/H sur la consommation de cannabis au cours de la vie. Cette étude estime que les sujets présentant un TDA/H seraient 7,9 fois plus susceptibles de consommer du cannabis que les personnes sans diagnostic de TDA/H. Par contre, l'inverse n'a pas été prouvée (99).

c. TDA/H et trouble de l'usage de l'alcool :

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en population générale et le trouble de l'usage d'alcool est le deuxième trouble de l'usage de substances le plus répandu dans le monde (après le tabac). La consommation d'alcool est responsable des dommages sanitaires (pathologies médicales, traumatismes) et sociaux (difficultés dans les relations sociales, dans l'emploi et la délinquance). Dans la population des 18-75 ans, 10% sont considérés comme ayant ou ayant eu un usage problématique d'alcool et la prévalence de l'acoolodépendance est estimée à 3% dans la population générale. Les personnes atteintes de TDA/H courent un risque accru de trouble de l'usage d'alcool (AUD). En effet la prévalence à vie de tout trouble de l'usage d'alcool dans la population de TDA/H peut atteindre jusqu'à 43 % et celle de la dépendance à l'alcool (correspondant à un trouble de l'usage modéré à sévère) est d'environ 3 à 11 %. Les adultes présenteraient des taux plus élevés par rapport aux adolescents. A ce jour, la plus grande étude est l'étude internationale multicentrique sur la prévalence du TDA/H dans les troubles liés à l'utilisation de substances (IASP), qui comprend 3558 patients atteints de TUS, parmi lesquels 690 patients avaient un trouble de l'usage de l'alcool comme diagnostic principal (100). Dans cette étude, la prévalence du TDA/H chez les patients présentant un

trouble de l'usage de l'alcool était de 7,5 % (6 % pour les patients hospitalisés, 9 % pour les patients ambulatoires), avec une forte variabilité selon le pays et le milieu. Chez les patients présentant un trouble de l'usage d'alcool le TDA/H entraîne un risque de rechute plus élevé, la dépendance débute à un âge plus précoce et l'entrée en traitement est plus tardive. De plus le trouble lié à l'usage d'alcool est plus sévère et plus souvent associé à d'autres addictions en présence du TDA/H. L'AUD commencerait environ huit ans plus tôt chez les patients TDA/H. Un TDA/H persistant ou partiellement en rémission ou un diagnostic de TDA/H tardif augmente le risque d'AUD plus tardif ainsi que de développement plus rapide de l'AUD. D'un point de vue clinique, le TDA/H n'est pas seulement un facteur de risque pour le TUS, mais aussi pour de nombreux autres troubles psychiatriques. Pendant l'enfance, le trouble des conduites (TC) et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) sont les comorbidités les plus courantes du TDA/H et il s'avère que le TOP et le TC sont tous deux associés à un risque plus élevé de TUS chez les personnes atteintes de TDA/H. Chez le sujet TDA/H ils sont des facteurs de risques indépendants d'une consommation précoce de substances et de développement de trouble de l'usage de substances. La consommation d'alcool à l'adolescence serait responsable de plusieurs modifications anatomiques comme une réduction des volumes de la matière grise et une atténuation de la croissance de la matière blanche, une augmentation des déficits attentionnels, des altérations sur le plan cognitif, visio spatiale et psychomoteur. Ces domaines sont de plus déjà affectés par le TDA/H entraînant une détérioration des résultats développementaux et cognitifs chez les personnes atteintes de TDA/H qui consomment fréquemment de grandes quantités d'alcool (101).

Divers facteurs de risques ont été identifiés entre les deux troubles tel que la part génétique, le développement précoce, les expériences traumatiques les lésions cérébrales et l'impulsivité. L'initiation de consommation régulière d'alcool à l'adolescence perturbe les changements développementaux impliqués dans le contrôle du comportement impulsif.

L'impulsivité : elle fait partie des principaux symptômes du TDA/H et est associée à une consommation accrue d'alcool et à un risque accru de trouble de l'usage d'alcool. La consommation d'alcool augmente également l'impulsivité, et les personnes atteintes de TDA/H sont plus sensibles à l'effet désinhibiteur aigu de l'alcool.

La part génétique : Le TDA/H et le trouble de l'usage d'alcool sont liés par une congrégation familiale et l'héritabilité partagée. Un certain nombre de gènes impliqués dans le développement neural a été identifié, notamment les gènes responsables de la neurotransmission glutaminergique et dopaminergique comme le gène ADGRL3 (Letrophilin 3, LPHN3) qui est impliqué dans le développement des synapses glutamatergiques. Les polymorphismes mononucléotidiques de ce gène ont été associés à plusieurs reprises à la consommation d'alcool et au TDA/H et pourraient être un marqueur prédictif de l'efficacité des médicaments stimulants dans le TDA/H. Le gène ADGRL3 pourrait ainsi représenter une cible précieuse pour les futures études pharmacogénomiques chez les personnes atteintes de TDA/H et de trouble de l'usage d'alcool.

La grossesse : la consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale qui présente un important chevauchement symptomatique avec le TDA/H.

Les événements traumatiques : La coagrégation familiale entre ces deux troubles suggère qu'ils partagent des facteurs de risques familiaux. Il existe probablement une relation bidirectionnelle entre le TDA/H et les événements traumatisants de la vie, le risque génétique de TDA/H s'accompagnant d'une probabilité accrue d'adversité précoce et l'exposition à un traumatisme augmentant le risque de diagnostic de TDA/H. À son tour, le trouble de l'usage d'alcool est un facteur de risque et complique la comorbidité du syndrome de stress post traumatique.

Une altération du système de la récompense : comme nous l'avons évoqué précédemment les adultes atteints de TDA/H présentent une activité dopaminergique réduite. Chez les personnes présentant un trouble de l'usage de l'alcool, la disponibilité des récepteurs de la dopamine est réduite également dans les zones cérébrales limbiques (101).

La comorbidité du TDA/H et de l'AUD est associée à un certain nombre d'autres comorbidités ainsi qu'à de moins bons résultats de traitement. Les interventions psychothérapeutiques telles que les entretiens motivationnels sont efficaces pour réduire la consommation d'alcool et atteindre l'abstinence. De plus, un nombre croissant de traitements pharmacologiques approuvés ou prometteurs pour le trouble de l'usage d'alcool sont disponibles mais restent

peu utilisés. Dans la population TDA/H présentant un trouble de l'usage d'alcool, les stimulants à action prolongée, l'atomoxétine ou la guanfacine à libération prolongée sont ainsi recommandés. Une étude s'est penchée sur l'utilisation de l'atomoxétine chez les patients atteints de TDA/H et de trouble de l'usage d'alcool. Cette étude comparait l'atomoxétine avec un placebo et comprenait environ 50 % de participants dépendants à l'alcool. Il n'y avait pas de différence entre les groupes de traitement concernant le taux de rechute avec une forte consommation d'alcool. Toutefois par rapport au placebo, les jours cumulés de forte consommation d'alcool ont été significativement réduits de 26 % dans le groupe atomoxétine, tandis que les différences entre les groupes de traitement étaient significatives environ après 7 à 8 semaines de traitement. Les symptômes du TDA/H ainsi que le craving ont également été significativement réduits dans le groupe atomoxétine (102). Bien que non mentionnée dans les recommandations basées sur un consensus international, la clonidine à libération prolongée pourrait tout aussi bien être une option intéressante (101).

d. TDA/H et stimulants :

- La cocaïne :

La cocaïne est un alcaloïde extrait des feuilles de coca. Sous sa forme chlorhydrate, elle est actuellement le deuxième produit illicite le plus consommé derrière le cannabis. Puissant stimulant du système nerveux central, elle est le plus souvent consommée par voie intranasale, parfois pulmonaire ou intraveineuse. Basée, elle porte le nom de crack ou de free base. Quel que soit son mode d'administration, sa consommation ponctuelle ou chronique peut avoir un impact important sur la santé physique et psychique de ses usagers. D'après les derniers chiffres parus en 2017, parmi les 11-75 ans il y aurait 2,1 nouveaux millions expérimentateurs de cocaïne en France et le pourcentage des 18-24 ans ayant expérimenté la cocaïne se serait multiplié par quatre en deux décennies, passant de 1,2% en 1995 à 5,6% en 2017. L'âge moyen de la rencontre avec la cocaïne se situe autour de 23 ans. Concernant les lycéens, l'expérimentation en 2018 concerne 3,8% des jeunes sans différence entre les sexes (103).

Ces dernières années, les demandes de consultation concernant les addictions à la cocaïne se sont multipliées dans les centres de soin d'addictologie. De plus, des demandes particulières sont apparues au sein de ces patients/usagers qui auraient recours aux consommations comme moyen de s'apaiser, de se concentrer et de moins s'éparpiller. On parle alors d'effet « paradoxal de la cocaïne ». Quand on regarde de plus près les antécédents de ces patients, on retrouve des éléments biographiques similaires au trouble avec déficit attentionnel et hyperactivité dans l'enfance. Chez certains de ces sujets, les stimulants y compris la cocaïne pourrait avoir un effet atypique et calmerait l'hyperactivité, régulerait la labilité émotionnelle et permettrait d'améliorer l'attention. La cocaïne ainsi que le cannabis seraient cités comme première drogue ayant conduit à un usage problématique de substances chez les patients avec un TDA/H. D'après les derniers chiffres un patient adulte sur quatre atteint de TDA/H consommerait de la cocaïne et un sur dix développerait un trouble lié à la consommation de cocaïne à vie (104).

Concernant la prise en charge, bien que des traitements pharmacologiques efficaces aient été développés pour la dépendance aux opiacés, à la nicotine et à l'alcool, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de pharmacothérapie approuvée par la FDA pour la prise en charge de la dépendance à la cocaïne. La psychochothérapie constitue le traitement de référence mais son efficacité reste limitée. L'hypothèse de l'automédication ainsi que le détournement des traitements laissent penser qu'un recours aux traitements psychostimulants pour la prise en charge de la dépendance des patients présentant un TDA/H est possible. Les amphétamines et la cocaïne regroupent des caractéristiques pharmacologiques similaires. La cocaïne agit sur le système dopaminergique. Elle entraîne une inhibition de la recapture de la dopamine par liaison avec le transporteur de la dopamine augmentant ainsi la quantité du neurotransmetteur dans l'espace synaptique. Les amphétamines agissent également sur le système dopaminergique en induisant une inhibition de la recapture de la dopamine et une augmentation de la sécrétion de celles-ci. Le méthylphénidate quant à lui à un profil mixte, il est inhibiteur de la recapture de la dopamine à faible dose et libérateur à forte dose, il inhibe également la recapture de la noradrénaline et dans une moindre mesure il influence le système sérotoninergique via un agonisme 5-HT1A et 5-HT1B. Les traitements psychostimulants (sels d'amphétamines, amphétamine et méthylphénidate) sont prescrits depuis plusieurs années

aux Etats-Unis alors qu'en France l'usage se limite au méthylphénidate. Leur utilisation est toutefois controversée pour plusieurs raisons : premièrement ils présentent un risque de mauvais usage, de détournement et d'utilisation compulsive. Deuxièmement, des risques cardio-vasculaires sont associés à leur prise.

Des cliniciens chercheurs de l'université de Colombia ont mis en avant, à travers des cas cliniques, l'usage de psychostimulants comme traitement potentiel pour ces patients/usagers consommateurs de cocaïne. Le professeur John Mariana, chercheur en psychiatrie à l'Institut psychiatrique de l'État de New York, illustre à travers deux cas cliniques de patients les effets bénéfiques de ces traitements :

-Mr B, 49ans, est un consommateur de crack. Il présente également des troubles de l'attention, des apprentissages, une agitation et des antécédents d'hyperactivité durant son enfance. Après maintes tentatives médicamenteuses ayant permis de soulager partiellement ses symptômes comorbides (dépression, anxiété), un traitement par méthylphénidate lui est prescrit en 2011. Il le décrira alors comme un « traitement miracle ». Il sera équilibré sous 72 mg par jour de Concerta, les consommations de crack seront contrôlées en décours puis finiront par disparaître.

-Mr J, 32ans présente une dépendance à la cocaïne. Ses consommations sont initialement nocturnes puis s'étendent progressivement sur la journée. Les interventions psychothérapeutiques montrent peu d'efficacité et le craving ainsi que les consommations s'intensifient. Un traitement par sel d'amphétamine à libération prolongée lui est prescrit, à une posologie de 20 mg puis augmenté progressivement à 50mg. Assez rapidement le craving s'apaise et les consommations cessent (105).

Cependant les études cliniques sur le sujet fournissent des résultats contradictoires. Les premières études datent de 2010-2011 et sont réalisées chez l'animal. En 2011 Czoty et al démontrent qu'une administration prolongée de dextroamphétamine permet de diminuer la tolérance à la cocaïne chez le singe. Des études ultérieures réalisées auprès d'usagers de drogues montrent que les amphétamines permettent une diminution de la prise de cocaïne dans cette population (106).

Cependant une méta-analyse constituée de 16 essais cliniques portant sur différents traitements (méthylphénidate, bupropion, modafinil, méthamphétamine, d-amphétamine)

ne montre pas de réduction des consommations de cocaïne mais rapporte un bénéfice sur le prolongement de la durée d'abstinence (107). Un autre essai randomisé en double aveugle réalisé aux Etats-Unis a comparé l'efficacité des sels d'amphétamines contre placebo sur la symptomatologie de sujet avec TDA/H présentant une dépendance à la cocaïne.

Cette étude a rassemblé 120 participants présentant un TDA/H ainsi qu'un trouble de l'usage de cocaïne randomisé pour recevoir soit des sels mixtes d'amphétamine à libération prolongée, le premier groupe à hauteur de 60mg/jour (correspondant à la dose maximale prescrite dans les essais cliniques) et le second à 80mg/jour (supposant un intérêt clinique chez ces patients présentant un dérèglement important de la transmission de la dopamine), soit un placebo. Tous les participants ont bénéficié d'une thérapie cognitive et comportementale individuelle et hebdomadaire. Les résultats de l'étude ont révélé qu'un plus grand nombre de patients ont atteint une réduction d'au moins 30 % de la gravité des symptômes du TDA/H dans les groupes traitement, 75,0 % dans le groupe 60mg/j (odds ratio [OR] = 5,23 ; IC à 95 %, 1,98-13,85 ; P < 0,001) ; et 58,1 % dans le groupe 80mg/j (OR = 2,27 ; IC à 95 %, 0,94-5,49 ; P = 0,07) par rapport au groupe placebo (39,5 %). La probabilité de parvenir à une abstinence de cocaïne durant une semaine était plus élevée dans le groupe 80 mg (OR = 5,46 ; IC 95 %, 2,25-13,27 ; P < 0,001) et dans le groupe 60 mg (OR = 2,92 ; IC 95 %, 1,15-7,42 ; P = 0,02) que dans le groupe placebo également. Concernant les effets secondaires, la sécheresse buccale est le seul effet indésirable qui était significativement plus élevée dans les groupes traitements comparé au groupe placebo. Concernant la réduction des symptômes du TDA/H, le bénéfice était plus grand à 60 mg qu'à 80mg. Ceci pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon ou par le fait que de fortes doses de sels d'amphétamine pourraient produire des effets semblables à ceux du TDA/H masquant ainsi son avantage clinique. Cette étude suggère qu'une augmentation des sels mixtes d'amphétamine à libération prolongée jusqu'à la dose maximale tolérée ainsi qu'une évaluation simultanée des symptômes du TDA/H et de la consommation de cocaïne seraient intéressantes (108).

Cependant il convient de rester très vigilant car, outre le risque d'abus ou de détournement, les médicaments stimulants peuvent aggraver certaines affections psychiatriques, comme les troubles de l'humeur ou la schizophrénie (108). En effet les principaux risques du traitement psychostimulant dans le traitement de la dépendance à la cocaïne sont cardiovasculaires. Les contre-indications au traitement doivent être recherchés (antécédents d'infarctus du

myocarde, d'accident vasculaire cérébraux et d'hypertension mal contrôlée) et sont des contre-indications aux traitements (31).

- Les amphétamines :

Les amphétamines sont des substances sympathicomimétiques aux effets anorexigènes et psychoanaleptiques. La 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA) et les amphétamines sont des drogues de synthèse. La MDMA existe sous différentes formes, en comprimés (on parle alors d'ecstasy), en cristaux ou en poudre. Elle provoque des sensations d'euphorie et de bien-être ; à haut dosage elle est également un hallucinogène. Les amphétamines (*N*, α -méthylphénéthylamine) sont classées dans la famille des phénéthylamines, qui comprennent différentes substances (stimulants, entactogènes ou hallucinogènes). C'est au milieu des années 1980 que la consommation d'ecstasy est apparue en France, elle a ensuite connu une progression importante jusqu'en 2002. Son usage concerne surtout le milieu alternatif ou commercial. Concernant la MDMA les tranches d'âge les plus touchées par l'expérimentation sont les 26-34 ans (9,5 % d'expérimentateurs) et les 18-25 ans (6,9 %). Chez les lycéens de 17 ans, en 2017, l'expérimentation s'établit à 3,4 % (3,9 % des garçons et 2,8 % des filles). En ce qui concerne les amphétamines, sa consommation reste plutôt rare en France avec 0,3 % de consommateurs sur l'année dans la population âgée de 18-64 ans. Bien que réputées faiblement addictifs, les dérivés amphétaminiques peuvent être à l'origine de dépendances (109) .

L'hypothèse selon laquelle les patients présentant un TDA/H s'automédiquent avec des stimulants a été étudiée par le Dr Khantzian. Ce clinicien américain a utilisé très tôt cette approche dans sa pratique clinique tel que cela nous paraît décrit dans un article datant de 1983. Celui-ci évoque une patiente de 33ans, Melle A, qui débute à l'âge de 16 ans une consommation d'amphétamine afin d'améliorer ses performances scolaires. Les consommations se poursuivent jusqu'à ses 28 ans, le mode de prise varie de per os à intranasale ainsi qu'en intraveineux. De multiples traitements se succèdent sans résultat jusqu'à la mise en place du méthylphénidate. Celui-ci à raison de 15mg trois fois par jour et permet une amélioration rapide des symptômes de la patiente, de son sommeil et de son

appétit. Progressivement les envies de consommer diminuent et les injections s'arrêtent ainsi que les consommations de manière générale (110).

A l'heure actuelle aucun traitement pharmacologique n'est disponible pour la dépendance aux stimulants. Le traitement de référence reste la psychothérapie dont l'efficacité est limitée. Un essai randomisé en double aveugle de 24 semaines, contrôlé par placebo, avec groupes parallèles a évalué l'efficacité et la sécurité du méthylphénidate à des doses allant jusqu'à 180 mg/jour pour traiter le TDA/H et prévenir la rechute des personnes dépendantes aux amphétamines en milieu carcéral. Les résultats sont encourageant que ce soit concernant les symptômes du TDA/H ou les consommations. Ils seront détaillés plus loin dans ce travail (111).

e. TDA/H et opiacés :

Les opiacés (opium, morphine, codéine) et les opioïdes (héroïne, buprénorphine, fentanyl) ont comme caractéristiques majeures d'être de puissants analgésiques pouvant induire une dépendance psychique et physique importante. En 2017, le nombre d'expérimentateurs d'héroïne en France parmi les 11-75 ans est estimé à 500 000 personnes. Bien que le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois au cours de la vie) de l'héroïne en population générale en France reste faible (estimé à 1,3 % parmi les 18-64 ans) les opioïdes continuent à occuper une place importante parmi les usagers actifs de drogues. En 2019, 73% des sujets accueillis en CARRUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) déclarent avoir consommé au moins un opioïde au cours du mois. Si les opioïdes ne constituent plus l'essentiel des produits consommés ils intègrent cependant la palette de substances des polyconsommateurs. Depuis l'introduction en 1995 en France des traitements de substitution, l'usage non thérapeutique de buprénorphine haut dosage et de méthadone s'est développé, laissant place à d'autres problématiques (112) .

Seules quelques études se sont penchées sur les symptômes et le diagnostic de TDA/H chez les patients consommateurs d'opiacés avec ou sans traitement de substitution. Les estimations de prévalence varient et les différences méthodologiques rendent difficile la comparaison entre les études. La prévalence du TDA/H chez les consommateurs d'opiacés varieraient d'après les études de 8% (113) à 33% (114).

Une étude de cas portant sur une patiente âgée de 24 ans consommatrice de tramadol illustre dans quelle mesure la prise d'opiacé peut permettre au patient de palier aux symptômes du TDA/H. La patiente en question a débuté les consommations de façon fortuite dans un contexte de céphalées. Elle présentait des troubles de l'attention et une hyperactivité depuis sa petite enfance. Ces symptômes l'ont mise en difficulté concernant sa scolarité et ses études supérieures et l'ont handicapée dans ses loisirs (notamment dans sa pratique sportive). Elle a également présenté des troubles du comportement alimentaire du type boulimie/ anorexie au cours de son adolescence. A la suite des premières prises de tramadol la jeune femme s'est sentie canalisée, mieux organisée et plus performante. Elle était dans la capacité d'effectuer plusieurs tâches les unes après les autres.

Elle se sentait également plus à l'aise en société et décrivait un sentiment de paix intérieure. Les doses se sont peu à peu majorées atteignant 6 comprimés de 150 mg par jour, quelques fois accompagnés d'ampoules injectables. Cette patiente a été diagnostiquée TDA/H dans le cadre de sa prise en charge en addictologie sept ans après le début des consommations. La mise en place d'un traitement par Concerta a permis à la patiente une reprise de ses études (16). Chez les personnes présentant un abus de tramadol le TDA/H est un trouble fréquent, associé à des consommations plus précoces, à des posologies plus élevées et une plus longue durée d'utilisation de ce médicament (115). Une étude publiée récemment a montré que la co-occurrence entre consommation de tramadol et TDA/H majorait le risque de polyconsommation. Les adultes TDA/H consommateurs de tramadol seraient sept fois plus susceptibles de consommer plusieurs substances. Environ deux patients sur cinq consommeraient de façon isolée le tramadol et les trois sur cinq restant utiliseraient le tramadol avec d'autres substances (majoritairement l'alcool ou le cannabis). De plus il est à noter que le tramadol possède un double mécanisme d'action, une affinité pour le récepteur mu-opioïde ainsi qu'une action sur l'inhibition de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine. Il se pourrait alors que les patients atteints de TDA/H l'utilisent également comme un agent antidépresseur afin de réguler les symptômes émotionnels en lien ou comorbides à leur trouble (115).

Nous nous sommes également intéressés aux comorbidités, au craving et à la réponse au traitement de patients consommateurs présentant un TDA/H. Les données retrouvées concernent principalement les consommateurs d'héroïne. Les patients héroïnomanes atteints

du TDA/H représentent une minorité vulnérable. Ils sont sujets à une plus grande vulnérabilité à la dépression, une plus grande sévérité de la dépendance aux substances et une moins bonne qualité de vie. En effet ces patients seraient plus nombreux à présenter un épisode dépressif, auraient des scores de dépression plus élevés (au Center for Epidemiological Studies Depression (CESD)), présenteraient une dépendance à l'héroïne plus sévère, bénéficieraient de moins de soutien familial et auraient une qualité de vie plus altérée dans les domaines physiques et psychologiques comparés aux patients sans consommations d'opiacés (113). Le craving serait plus important chez ces patients et ils nécessiteraient des doses de traitement de substitution plus élevées par rapport aux sujets sans TDA/H (116).

Les patients présentant un dépistage positif de TDA/H seraient également plus sujet au mésusage de traitements substitutifs. Le mésusage de TSO qu'il soit vie entière ou au cours des six derniers mois serait significativement plus fréquent chez les patients ayant un dépistage positif de TDA/H que chez ceux présentant un dépistage négatif d'après une étude portant sur patients issus de 27 unités d'addictologie en Italie (117). Le TDA/H serait également associé à de moins bons résultats concernant le traitement par TSO en lien avec cette probabilité accrue d'abus de traitement (118).

Concernant les liens biologiques possibles, Li et al ont mis en évidence des modifications génétiques impactant sur la physiologie dopaminergique chez les héroïnomanes. La plupart de ces modifications seraient également présentes chez les sujets TDA/H, ce qui soutient l'hypothèse d'un fond génétique similaire pour la dépendance aux opiacés et le TDA/H. Parmi ces modifications nous pouvons citer : un polymorphisme du promoteur DRD2 du récepteur à la dopamine (D2-DRD2), du transporteur de la sérotonine SLC6A4 et du récepteur de la sérotonine 1B-HTR1B ainsi qu'une surreprésentation de la dopamine D4 (119).

Et les addictions comportementales ? :

On retrouve dans la littérature internationale des données établissant un lien entre le TDA/H et certaines addictions comportementales comme celle concernant les jeux d'argent, les jeux vidéo ou les troubles du comportement alimentaire.

Il existe quelques travaux concernant l'association entre le TDA/H et l'addiction à Internet ou aux jeux vidéo. Une des premières études est celle de Yoo et de ses collaborateurs qui met en lumière un lien entre le TDA/H et la sévérité à l'addiction à internet (120). Les symptômes du TDA/H constitueraient un facteur important de risque d'addiction à Internet. Une revue a également montré qu'il existait un risque plus élevé de présenter des symptômes du TDA/H, de dépression ou de phobie sociale chez les sujets ayant une addiction aux jeux vidéo (121).

A notre connaissance aucune étude ne porte sur la comorbidité entre le TDA/H et les addictions sexuelles. Les participants d'une étude concernant la qualité de vie des sujets atteints de TDA/H ont fréquemment signalé que le manque d'intérêt des investigateurs concernant la dépendance sexuelle était regrettable. Pour plusieurs hommes interrogés, la combinaison de l'alcool, des drogues et des femmes forme une triade fréquente et nombreux seraient les hommes en particulier souffrant d'une dépendance sexuelle (3).

6. Prise en charge :

a. Dépistage et diagnostic :

Plusieurs constats émergent de la littérature concernant le diagnostic du TDA/H. Tout d'abord de nombreux cliniciens ignorent à ce jour que le TDA/H est un trouble pouvant persister à l'âge adulte, en partie à cause d'un manque de formation, ce qui met en péril le dépistage et le diagnostic de ce trouble. Deuxièmement l'importante couverture médiatique et la sensibilisation accrue du public au TDA/H chez les adultes ont donné lieu à des idées fausses, à des mythes et à des confusions concernant ce trouble. Enfin, le diagnostic demeure complexe pour plusieurs raisons : les symptômes fondamentaux sont présents en population générale à un degré plus ou moins élevé, le recueil des symptômes durant l'enfance peut être flou ou incomplet et les troubles comorbides peuvent obscurcir ou compliquer le diagnostic.

Par conséquent, les cliniciens doivent déterminer si les symptômes s'expliquent mieux par le TDA/H, par un trouble comorbide, ou les deux (122).

La littérature préconise que le diagnostic soit établi par des professionnels ayant réalisé une formation dédiée au double diagnostic du TDA/H et des TUS. Les médecins et psychiatres ayant à poser le diagnostic devraient recevoir une formation étendue sur le sujet, maîtriser les diagnostics différentiels et acquérir de l'expérience avec les populations adultes présentant un TDA/H et ou un trouble de l'usage des substances. Il ne s'agit pas seulement de connaître les différentes présentations du TDA/H à l'âge adulte ou d'identifier certains traits ou caractères présents chez le sujet mais aussi réaliser une analyse complète et approfondi du patient. En ce sens l'évaluation de cette pathologie duelle doit inclure :

- un recueil de l'historique complet du développement des deux troubles (TDA/H + TUS) mentionnant l'apparition des symptômes, leurs intensités, leurs fréquences, leurs chronicités ainsi que le caractère omniprésent ou non.
- Une évaluation psychiatrique de l'état mental de la personne
- Un historique personnel, médical, comportemental, éducatif, professionnel et social détaillé.
- Une recherche des antécédents familiaux du TDA/H, du TUS, ainsi que des pathologies comorbides et/ou annexes.
- Un recueil des antécédents psychiatriques et somatiques (neurologiques notamment).
- Une évaluation de l'impact sur les principales activités de la vie (53).

La présence d'un TUS peut entraîner ou majorer un biais de mémorisation. Dans ce cas il est possible de faire appel aux membres de la famille ou aux proches du patient si le recueil des souvenirs est trop difficile (123). Si la coopération avec les proches s'avère impossible, des informations complémentaires peuvent être obtenues via les bulletins scolaires et les relevés de notes des patients (124). Bien que les patients soient les meilleurs informateurs concernant leurs troubles, il convient, dans la mesure du possible, d'obtenir auprès des proches des preuves collatérales concernant les symptômes, les domaines de déficience concernés par le trouble et l'évolution de celui-ci au fil des années. Certains auteurs préconisent une période d'un mois durant laquelle sera recueilli un maximum d'informations pour que le diagnostic de TDA/H soit le plus fiable. Cela n'est cependant pas toujours possible, voir même rarement

réalisable. L'évaluation doit alors reposer sur un historique détaillé des symptômes pendant les périodes d'abstinence ou durant une période antérieure au début de la consommation afin d'établir une chronologie concernant l'émergence des troubles et de conclure à un trouble primaire ou secondaire. En effet certains symptômes qui découlent d'un usage de substances peuvent être confondus et/ou mimer les symptômes d'un TDA/H. Dans ce sens il est important de se concentrer sur les périodes sans consommations de substances durant la vie du patient (125).

Quelles échelles de dépistage sont utilisées chez ces patients usagers ?

Plusieurs échelles sont disponibles. Le consensus international préconise la combinaison de deux outils de dépistage lors de l'évaluation dans le but d'éviter les sous diagnostics. En effet les mesures de sensibilité des outils de dépistage du TDA/H indiquent que 20% des patients ne sont pas diagnostiqués si un seul outil d'évaluation est utilisé. De plus les patients avec un tableau diagnostic évocateur devraient recevoir une évaluation diagnostique plus étendue même si le dépistage se révèle négatif sur les questionnaires de dépistage. L'échelle ASRS est à ce jour la plus utilisée en routine chez les populations d'usagers de substances. Dans ces populations, l'échelle ASRS a montré une bonne sensibilité (67-100%) et une bonne spécificité (66-82%). Une étude a testé la performance de cette échelle en 2012, en effectuant des mesures à l'admission puis une autre à deux semaines chez 1138 patients en recherche d'un traitement pour un TUS. La valeur prédictive positive (VPP) globale de l'ASRS était de 0,26 (IC 95 % : 0,22-0,30), la valeur prédictive négative (VPN) était de 0,97 (IC 95 % : 0,96-0,98). La sensibilité (0,84, IC 95 % : 0,76-0,88) et la spécificité (0,66, IC 95 % : 0,63-0,69) mesurées à l'admission étaient respectivement similaires à celles mesurées 2 semaines après l'admission (0,88, IC 95 % : 0,83-0,93) et (0,67, IC 95 % : 0,64-0,70). La sensibilité était similaire, mais la spécificité était significativement meilleure chez les patients dont la principale substance consommée était l'alcool en comparaison aux drogues illicites (0,76 contre 0,56) (126). Une autre étude publiée en 2012 fournit quant à elle de meilleurs résultats concernant la spécificité de l'ASRS dans une population de cocaïnomanes en recherche de traitement. Dans cette étude la sensibilité de l'ASRS est de 66,67% et la spécificité de 81,82%, le gold standard utilisé était le CAADID (127).

Les échelles WURS, CAARS ou ADSA permettent également une bonne reconnaissance du TDA/H mais sont plus longues.

-L'échelle WURS (Wender Utah Rating Scale) : la sensibilité du WURS se situe entre 80-93% et sa spécificité entre 60-70% d'après les études. Associée à l'ARSR la spécificité des tests atteint alors 91%. Ce qui nous incite à combiner ces deux échelles de dépistage.

-L'échelle CAARS (Conners' Adult ADHD Rating Scale) : sa sensibilité atteint 94% et sa spécificité 86%, cependant peu d'études se sont penchées sur ce test.

-L'échelle ADSA (Attention Deficit Scales for Adults) : sa sensibilité est estimée entre 58 et 71% et sa spécificité entre 82 et 94%. Elle est également peu utilisée dans les études.

Ces tests permettent un dépistage du trouble ; un entretien diagnostique doit ensuite être effectué. Celui-ci peut s'appuyer sur d'autres instruments, comme par exemple le Conners Adult ADHD Diagnostic Interview (CAADID) ou le Diagnostic Interview for ADHD in adults (DIVA). Le CAADID est souvent considéré comme la référence dans le cadre de cette pathologie duelle pour appuyer le diagnostic du TDA/H (29). La DIVA quant à elle n'est pas encore validée chez les adultes présentant un TUS. Cet hétéro questionnaire peut toutefois s'avérer utile et être mené en présence d'un proche. Le Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) peut également être un outil intéressant. Il s'agit d'un entretien semi-structuré destiné aux diagnostics psychiatriques comorbides entre le TDA/H et les TUS. Contrairement au CAADID qui ne permet pas une évaluation des troubles annexes, le PRISM se base sur les critères du DSM-IV-TR en ce qui concerne les troubles de l'axe I et II y compris le TDA/H. Sa version actuelle évalue 20 troubles de l'axe I et deux de l'axe II. Une étude cas témoin a vérifié les critères de validité de cet instrument par rapport au CAADID et a montré une sensibilité de 90% (95% CI(76,9-96,0)) et une spécificité de 87,5% (95%CI (73,9-94,5)) de l'outil PRISM concluant à de bonnes propriétés psychométriques de cet instrument pour détecter le TDA/H associé au SUD (128).

Il ne faut pas non plus oublier de réaliser les tests neuropsychologiques pouvant permettre l'identification des problèmes cognitifs ou exécutifs chez les patients atteints du TDA/H ou des troubles d'apprentissage spécifiques qui coexistent.

Le dépistage des TUS chez les TDA/H :

De manière générale, les patients présentant des troubles psychiatriques ou recevant une évaluation psychiatrique devraient faire l'objet d'un dépistage pour le trouble de l'usage de substances. Ce dépistage devrait également être fait chez les sujets présentant un diagnostic de TDA/H. Une surveillance étroite des consommations s'impose compte tenu de la prévalence de la comorbidité entre ces deux troubles. La recherche d'un trouble de l'usage de substances chez un patient atteint de TDA/H repose sur une évaluation psychiatrique complète, comprenant :

- l'histoire détaillée des consommations passées (âge de l'initiation de chaque substance, la voie d'administration, la fréquence et les quantités des consommations, le contexte social rattaché aux consommations, les conséquences concernant le fonctionnement du sujet sur les plans cognitif, comportemental et physiologique).

- l'inventaire des consommations actuelles (y compris la caféine).

- les complications sociales, médicales, éducatives et professionnelles engendrées par les consommations.

- Les prises en charge et les traitements ultérieurs.

Chez les adolescents, un entretien clinique et psychosocial adapté à l'âge doit être mené pour obtenir des informations sur les facteurs prédictifs de l'abus de substances.

Concernant les instruments de dépistage validés, qui ne nécessitent pas une formation ou un temps important, parmi les plus couramment utilisés nous citerons ici le Cut Down Drinking (CAGE) pour le dépistage de l'abus d'alcool, l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) composé de 10 items développé par l'OMS, le Drug Abuse screening Test (DAST-10) un questionnaire d'auto-évaluation constitué de 20 points qui concerne d'autres substances que l'alcool et le Smoking and Substance Involvement Screening Tool (ASSIST) un questionnaire en 8 points permettant le dépistage de substances comprenant le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les solvants, les calmants, les hallucinogènes et les opiacés. (53)

b. La prise en charge du TDA/H chez les adultes présentant des TUS

i) *Stratégies de prise en charge :*

Le dernier consensus publié sur le sujet préconise que le traitement du TDA/H soit intégré avec le traitement des TUS, et vice-versa (125). Cette notion est importante car les symptômes du TDA/H peuvent influencer le traitement des TUS de façon négative et à l'inverse les TUS peuvent compliquer le traitement du TDA/H.

Dans quel ordre procéder ?

Il existe peu de preuves empiriques permettant de déterminer si la population TUS-TDA/H doit bénéficier d'un traitement pour le TDA/H dans un premier temps, de façon concomitante ou seulement après la rémission des troubles secondaires, comme le trouble de l'usage de substance. Quatre approches différentes s'entreviennent dans la littérature disponible sur le sujet.

⇒ **La prise en charge de la pathologie la plus invalidante dans un premier temps :**

De façon générale concernant la prise en charge du TDA/H et des troubles psychiatriques concomitants l'ensemble de la littérature s'accorde à préconiser la prise en charge de la pathologie la plus grave, la plus invalidante ou la plus déstabilisante sur le plan fonctionnel en première. Les symptômes résiduels ultérieurs et les comorbidités associées devraient être prise en charge par étapes une fois que le patient a répondu au traitement et cela de manière progressive (28). Chez les patients présentant une comorbidité de TDA/H et un trouble de l'humeur, le trouble affectif devrait être traité en priorité et les symptômes résiduels du TDA/H peuvent ensuite être évalués une fois que le trouble de l'humeur a été traité (129). Dans le cas du trouble bipolaire, la stabilisation de l'humeur est une condition préalable à un traitement efficace du TDA/H (130). Si la dépression est le trouble le plus invalidant sur le plan fonctionnel, son traitement peut alors améliorer les symptômes tel que l'anxiété, l'irritabilité et les troubles de la concentration. Si le TDA/H est le trouble le plus invalidant et qu'il est associé à une dépression légère, la mise en place d'un traitement psychostimulant à action prolongée peut permettre l'amélioration des symptômes du TDA/H ainsi la diminution des

symptômes dépressifs qui en résultent. Cette approche pourrait alors également être mise en place pour la prise en charge des patients TDA/H usagers de substances. Si toutefois les deux affections sont aussi invalidantes l'une que l'autre, le traitement des deux troubles peut être initié, de manière successive, tout en gardant une certaine chronologie dans la prise en charge, afin que les effets secondaires ou le manque d'efficacité puissent être attribuables à une seule intervention.

⇒ **La prise en charge du TUS dans un premier temps :**

Certains auteurs préconisent d'atteindre l'abstinence avant de diagnostiquer (à nouveau si un diagnostic préalable a été effectué) et de traiter le TDA/H. L'idée principale étant de réduire le risque de détournement des médicaments psychostimulants (131). Les recommandations publiées sur le dernier consensus de 2022 (125) appuient cette théorie en préconisant chez les patients présentant un trouble de l'usage de substances sévère une prise en charge de celui-ci en priorité, le traitement du TDA/H sera mis en place par la suite dès que possible (132).

Les lignes directrices du CADDRA (Canadian ADHD Practice Guidelines) recommandent également que les patients jeunes souffrant de TDA/H et de troubles de l'usage de substances devraient recevoir un traitement multimodal et que le traitement du TDA/H devrait être reporté jusqu'à ce que le TUS ait été traité. Elles s'appuient sur le fait qu'il faut prendre en compte les changements neuropsychologiques lorsque la consommation débute au début de l'adolescence. Notamment avec la consommation de cannabis qui peut avoir des conséquences négatives sur le long terme concernant l'attention. Par conséquent les lignes directrices du CADDRA ne soutiennent pas le traitement des symptômes du TDA/H du moment que le patient consomme du cannabis en automédication ou à des fins récréatives (133).

⇒ **Le traitement du TDA/H dans un premier temps afin de stabiliser le TUS :**

Une autre hypothèse est celle selon laquelle l'amélioration des symptômes du TDA/H entraîneraient une diminution de la déficience fonctionnelle et donc une meilleure qualité de

vie, ce qui conduiraient à une réduction des symptômes anxio-dépressifs comorbides et des consommations de substances si ces troubles sont présents ou sous-jacents. D'autant plus la mise en place d'un traitement pharmacologique du TDA/H pourrait être intéressante dans un premier temps car celui-ci serait susceptible de faciliter l'adhésion et le maintien aux interventions non pharmacologiques. Si le traitement est efficace il permet alors une amélioration du trouble psychiatrique sous-jacent. Deuxièmement les traitements pharmacologiques comme le méthylphénidate et bupropion permettent de compenser en partie le déficit sous-jacent en dopamine (ou une anomalie dans la transmission de la dopamine), qui peut être un dérèglement commun aux toxicomanes et aux adultes souffrant d'un TDA/H. L'utilisation de médicaments qui augmentent la dopamine synaptique, comme le bupropion ou le méthylphénidate, pourraient alors traiter directement les déficits neurobiologiques associés à ces deux troubles (134).

Il convient toutefois de garder à l'esprit qu'un traitement adéquat du TDA/H ne mène pas, à lui seul, à l'amélioration des TUS, d'où l'importance de traiter les deux troubles dans tous les cas.

⇒ **La prise en charge intégrative / concomitante :**

Dans le cas du TDA/H et du TUS le traitement séquentiel s'est souvent révélé inefficace de sorte que les approches thérapeutiques intégrées pour le traitement du trouble lié à une substance et des comorbidités psychiatriques se sont développées. Des preuves de l'efficacité des approches thérapeutiques intégrées en présence d'un trouble lié à une substance sont disponibles, par exemple, pour la schizophrénie, le trouble de stress post-traumatique, le trouble anxio-dépressif et les troubles de la personnalité (131).

Le concept de traitement intégré pour le TDA/H et les troubles liés à une substance a été développé par un groupe de travail néerlandais et est actuellement évalué dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé. Il s'agit entre autres de vérifier si une approche intégrée de thérapie cognitivo-comportementale et d'une approche thérapeutique complémentaire pourraient permettre l'amélioration à la fois des symptômes du TDA/H et des troubles liés à la consommation de substances. Une étude s'est intéressée à cette approche. Un groupe d'étude néerlandais a réalisé un essai clinique randomisé auprès de 119 patients souffrant de

TDA/H comorbide aux TUS dans un centre de traitement pour le TDA/H afin de comparer la TCC « simple » visant au traitement des TUS à la TCC « intégrée/combinée » pour la prise en charge du TUS et le TDA/H. Les résultats seront exposés un peu plus loin dans cette partie (135).

De nouvelles méthodes innovantes sont en cours d'élaboration telle que la création d'un protocole spécifique au patient à « haut risque ». Cette approche permettrait un appariement des traitements en fonction des patients. Les efforts précoces d'appariement des traitements sont des illustrations d'un domaine de recherche en pleine expansion « la médecine de précision en matière de dépendance » qui consiste en l'adaptation et l'appariement des traitements en fonction des caractéristiques individuelles du patient. Des modèles informatiques pourraient être construits pour estimer le risque de détournement, d'effets secondaires majeurs avec la prise d'un traitement psychostimulants pour un patient donné et permettre de fournir un aperçu du rapport bénéfice risque. Des algorithmes informatiques pourraient alors suggérer une direction psychopharmacologique (traitements, stimulants ou non) basées sur une combinaison de sources de données telles que la génétique, la neuro-imagerie et les caractéristiques cliniques (63). Toutefois cette approche laisse peu de place à la subjectivité du praticien.

Il convient de garder à l'esprit que le rapport au produit évolue durant le parcours de soin et la trajectoire de vie du patient (type d'usage, raisons et perceptions des consommations, mises en danger). Il ne sera donc pas proposé les mêmes thérapies (médicamenteuses et/ou psychothérapeutiques) en fonction du stade de consommation, de l'état psychologique et psychiatrique du sujet. Dans ce sens, la standardisation et la protocolisation des soins est difficile et l'évaluation subjective du médecin se veut primordiale.

ii) *Les interventions possibles :*

D'après le dernier consensus publié sur le sujet la prise en charge appropriée du TDA/H chez des personnes présentant de TUS se compose de psychoéducation, de psychothérapie de type individuelle ou groupale ; de groupe de soutien ainsi que d'une pharmacothérapie. Chez les adultes souffrant de TDA/H et de TUS, la recherche suggère que combiner la pharmacothérapie et la psychothérapie est efficace (125). Nous allons explorer les résultats des différentes études disponibles concernant la prise en charge pharmacologiques et psychothérapeutique sur le sujet.

Les prises en charges non pharmacologiques :

A ce jour peu d'études sont disponibles sur le traitement non médicamenteux des patients présentant un TDA/H comorbide à un TUS. Les cliniciens doivent pour le moment privilégier les thérapies mettant l'accent sur les symptômes communs aux deux troubles, dans le cadre d'une approche multimodale combinant psychothérapie et pharmacothérapie.

La psychothérapie a pour but d'augmenter le contrôle des impulsions et la tolérance aux affects, tout en développant des compétences pour maintenir l'attention sur des tâches telles que la résolution de problèmes. L'objectif du clinicien est d'aider les patients à intégrer et comprendre les difficultés découlant des deux troubles. Le traitement de cette comorbidité vise à réduire ou arrêter la consommation de drogues afin d'être en mesure d'utiliser plus efficacement les stratégies d'adaptation au TDA/H. Le travail avec ces patients peut s'avérer difficile car les stratégies d'adaptation que le patient doit apprendre afin de limiter ses consommations de drogues sont les mêmes que celles qu'il doit maîtriser pour travailler sur son TDA/H. La question reste de savoir quel problème aborder en premier. Elle dépend souvent des difficultés présentées par le patient, mais si l'abstinence devrait être au centre du traitement initial, les modifications du comportement sont en grande partie associés au TDA/H (136).

Un essai clinique randomisé néerlandais a comparé la thérapie cognitivo-comportementale intégrée (TCCI) à la TCC simple auprès de 119 patients souffrant de TUS et de troubles de TDA/H dans un centre d'addictologie et a fourni des résultats encourageants. La TCC « intégrée » consistait en 15 séances individuelles de thérapie motivationnelle, d'entraînement aux techniques d'adaptation, de prévention à la rechute (concernant les TUS), et d'entraînement aux techniques de planification, de résolution de problèmes et de gestion des émotions (concernant le TDA/H). La TCC « simple » quant à elle concernait la prise en charge du TUS seul et consistait en dix séances individuelles de traitement des troubles de l'usage de substances uniquement. Les résultats indiquent que la TCC « intégrée » s'est montrée plus efficace que la TCC « simple » dans la réduction des symptômes du TDA/H après le traitement. La TCCI a entraîné une réduction supplémentaire significative des symptômes du TDA/H après le traitement chez les patients souffrant des deux troubles en comparaison avec la TCC « simple » (résultats mesurés par l'échelle ARS (ADHD rating scale, ARS=28.1 (SD 9.0) vs. 31.5 (SD 11.4)).

Lors du suivi à deux mois, la TCC « intégrée » a également fourni des scores ARS plus faibles que la TCC « simple », mais la différence n'était pas significative. Pour les autres résultats secondaires qui comprenaient la consommation de substances, la sévérité des symptômes du TDA/H après un suivi de deux mois, et la réponse au traitement, la présence des symptômes comorbides (dépressifs ou anxieux), et la qualité de vie durant le suivi, aucune différence significative entre les groupes n'a été retrouvée. Cette étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord une partie de l'efficacité des TCCI pourrait être en lien avec le fait qu'elles comprenaient plus de séances que les TCC « simple ». Ensuite de nombreux patients ayant quitté l'étude avant la randomisation souffraient de TUS sévères, étaient moins éduqués et avaient moins de problèmes d'attention liés au TDA/H que les patients qui ont été retenus dans l'étude. Il est donc possible que la TCCI soit moins attractive pour les patients souffrant de TUS sévères et plus attrayante pour les patients souffrant de TUS avec un sous-type de TDA/H présentant davantage de problèmes d'attention. Dans ce sens les recherches futures devraient s'axer sur l'identification des moyens de réduction des taux d'abandon de ces traitements et du traitement de la dépendance de manière générale (135).

Un entraînement de compétences fondé sur la thérapie dialectique comportementale pour des adultes avec TDA/H et TUS a aussi été décrit, mais avec des résultats inégaux concernant l'efficacité. Les composantes importantes du traitement étaient la psychoéducation, l'entraînement à la pleine conscience et l'analyse fonctionnelle du comportement (137).

La prise en charge psychothérapeutique des comorbidités rattachées à ces deux troubles (troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, état de stress post-traumatique et de l'état de stress post-traumatique complexe principalement) est elle aussi primordiales et ne doit pas être négligée. Elle pourra s'appuyer sur différentes approches tels que les TCC, les TCD, la pleine conscience, les thérapies psychosociales, psychodynamiques et l'Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) pour en citer quelques-unes.

Les prises en charges pharmacologiques :

- La place du traitement médicamenteux :

La place du traitement médicamenteux dans la prise en charge du TDA/H associé aux troubles de l'usage des substances reste largement débattue dans la littérature et fournit des résultats mitigés.

La première revue systématique avec méta-analyse sur le sujet a été publiée en 2015 et a évalué l'efficacité et la sécurité des interventions pharmacologiques du TDA/H cooccurrent avec le TUS. Au total treize études, soit 1271 patients, ont été inclus. Cinq interventions pharmacologiques ont été examinées : huit études concernaient le méthylphénidate, trois l'atomoxétine, une seule la pémoline, le bupropion, et la lisdexamphétamine. Le trouble de l'usage de substance concernait soit la dépendance à la nicotine, à la cocaïne, l'abus ou la dépendance à l'alcool, la dépendance aux opiacés, au cannabis ou aux amphétamines. Quatre études ont recruté des patients présentant tout type de TUS autre que la dépendance à la nicotine. Les résultats obtenus sont hétérogènes. L'atomoxétine et le méthylphénidate se sont

montrés efficaces pour réduire les symptômes du TDA/H, en revanche, le bupropion, la lisdexamfétamine et la pémostine n'étaient pas différents du placebo à un niveau statistiquement significatif. Les résultats sur le TDA/H étaient toutefois variables en fonction de la substance consommée. En effet le traitement pharmacologique était efficace pour réduire les symptômes du TDA/H chez les patients dépendants à l'alcool et à la nicotine ainsi que chez ceux classés comme "non spécifiques", mais aucune différence n'a été constatée chez les patients présentant une dépendance aux psychostimulants ou aux opiacés. Si les interventions pharmacologiques permettent une amélioration des symptômes du TDA/H dans l'ensemble, aucun effet bénéfique sur l'abstinence de drogues n'a été constaté. En ce qui concerne l'abstinence aux substances, aucune intervention pharmacologique n'a été efficace pour améliorer l'abstinence (OR=1,09). Cette méta-analyse conclue donc un intérêt clinique limité des traitements étudiés chez ses patients usagers et fournit des preuves modestes pour soutenir le traitement pharmacologique chez les patients atteints de TDA/H et de toxicomanie comorbide. Les études comportent toutefois certaines limites à savoir un taux d'abandon élevé, un délai court afin d'évaluer les résultats, un faible dosage en stimulant et un manque éventuel d'appariement patient-traitement (58). Concernant la temporalité de la mise en place du traitement pharmacologique du TDA/H des arguments en faveur ou non de son instauration immédiate ont été proposés. Toutefois comme nous l'avons évoqué plus haut aucun consensus n'existe pour le moment. Le constat est que l'efficacité du traitement pharmacologique du TDA/H ne diffère pas entre les essais cliniques randomisés pour lesquels l'abstinence médicamenteuse était un critère d'inclusion et ceux pour lesquels il ne l'était pas. Les décisions concernant le type d'intervention pharmacologique à effectuer et le moment de débiter le traitement devraient donc être fondées sur la sécurité plutôt que sur l'efficacité. Des d'interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques potentiellement dangereuses entre les drogues consommées et les pharmacothérapies du TDA/H ont été décrites dans certaines études tels que des psychoses induites sous traitements psychostimulants chez les patients souffrants de trouble de l'usage de cocaïne ou des troubles digestifs sous atomoxétine chez les patients présentant un trouble de l'usage de cannabis. Dans ce sens, pour des raisons de sécurité, il peut donc être préférable de retarder l'initiation d'un traitement pharmacologique du TDA/H jusqu'à ce que l'abstinence soit atteinte (58).

- [L'usage des traitements psychostimulants pour la prise en charge de la dépendance aux stimulants :](#)

Les médicaments stimulants ont également été étudiés en tant que pharmacothérapie de substitution pour le traitement du trouble de l'usage de stimulants, avec des résultats mitigés mais devant être approfondis. La substitution est efficace pour la dépendance aux opiacés et à la nicotine et constitue une stratégie plausible pour traiter la dépendance aux stimulants. Une revue systématique d'essais contrôlés randomisés s'est penchée sur l'efficacité du traitement du TDA/H et du trouble de l'usage de stimulants coexistant chez l'adulte, en examinant les résultats sur les symptômes du TDA/H et la consommation de stimulants. Les différents stimulants comprenaient la cocaïne, les amphétamines, la méthamphétamine et le méthylphénidate. Huit essais ont été identifiés pour être inclus dans cette revue, fournissant un total de 511 patients. Sept études ont comparé des formulations de méthylphénidate à un placebo, l'une de ces études comprenait également un bras de traitement avec du bupropion, une seule étude a comparé les sels mixtes d'amphétamine à libération prolongée d'amphétamine à libération prolongée avec un placebo. La posologie du méthylphénidate varie de 45 à 180 mg en fonction des études (cette posologie était soit titrée en fonction des effets indésirables, soit fixée au préalable). Quatre études ont été menées auprès de sujets actuellement abstinents et quatre avec des sujets consommateurs de substances psychoactives. Toutes les études comprenaient une intervention psychosociale supplémentaire, le plus souvent par thérapie cognitivo-comportementale. Les mesures sur le TDA/H étaient variables en fonction des études (ADHD rating scale IV, échelle de Conners CAARS, l'échelle d'impression globale clinique notamment) et celles concernant la consommation de substances psychoactives étaient basées sur des tests de dépistage de drogues dans l'urine, une auto-évaluation et l'évaluation d'un état de manque. Cette étude fournit des résultats limités en ce qui concerne l'efficacité du traitement des patients souffrant d'une comorbidité entre un trouble de l'utilisation des stimulants et le TDA/H. La réduction des symptômes du TDA/H a été identifiée dans quatre des huit études, et une réduction de l'usage de stimulants illicites a été identifiée dans deux études sur six. Concernant la tolérance, la sécheresse buccale a été le seul événement indésirable significatif concernant le groupe sous des sels mixtes d'amphétamine à libération prolongée par rapport au placebo. Dans les essais impliquant le méthylphénidate, les effets indésirables étaient

généralement de gravité légère à modérée à l'exception d'un cas de trouble visuel et de deux événements sévères d'hypertension et de désorientation, qui se sont tous deux résolus avec une réduction des doses du traitement. Le bupropion n'a quant à lui pas entraîné d'effets secondaires significatif. Sur ces résultats il n'est pas possible pour le moment de formuler des recommandations claires en matière de traitement (138).

Les résultats les plus prometteurs sont ceux de deux études (récentes n'ayant pas été incluses dans les analyses précédentes) utilisant des doses plus élevées de stimulants :

-La première porte sur le méthylphénidate (MTP). Chez les patients présentant un TDA/H, les posologies usuelles de méthylphénidate avoisinent les 60 à 90 mg/j dans les essais et ont montré une efficacité chez les personnes sans antécédent du TUS. Les auteurs de l'étude ont émis l'hypothèse que ces doses pourraient s'avérer insuffisantes pour la population souffrant de TUS ce qui expliquerait en partie les faibles effets du traitement dans les essais cliniques antérieurs (2). En effet des études d'imagerie cérébrale suggèrent que la consommation de drogues à long terme peut réguler à la baisse les systèmes dopaminergiques du cerveau chez les toxicomanes chroniques (139), ce qui entraîne une tolérance accrue aux stimulants. Un patient ayant un long passé de consommation d'amphétamines serait alors susceptible de nécessiter de doses plus élevées de MPH pour réduire les symptômes de son TDA/H par rapport aux patients sans consommation. Afin de tester l'efficacité et la sécurité du traitement par méthylphénidate (MPH) à des doses plus élevées (allant jusqu'à 180 mg/jour), cet essai randomisé en double aveugle de 24 semaines, contrôlé par placebo, avec groupes parallèles a été réalisé. Les participants étaient issus de prisons suédoises et présentaient une dépendance aux amphétamines (les participants devaient être abstinents depuis deux semaines avant la randomisation). Le traitement par méthylphénidate a été mis en place sur les deux semaines précédant la sortie de prison et celui-ci s'est poursuivi durant les soins ambulatoires. Les participants ont également participé à des séances de thérapie cognitivo-comportementale hebdomadaires. Au total, cinquante-quatre hommes d'un âge moyen de quarante-deux ans répondaient aux critères DSM-IV de TDA/H et de dépendance aux amphétamines. Dans le groupe méthylphénidate (MPH), 17 patients (63%) ont été stabilisés à 180 mg, trois (11%) à 144 mg et deux (7%) à 96 mg/jour. A propos des effets indésirables, il

n'y avait pas de différence significative dans les deux groupes concernant la pression artérielle, le pouls ou le poids. Dans le groupe MPH, deux participants ont dû réduire leur dose en raison d'une pression artérielle élevée, un à cause de crampes musculaires et un autre suite à une sensation de nervosité. Dans le groupe MPH, la fréquence cardiaque par rapport à la ligne de base a montré une tendance à l'augmentation. Le groupe traité par le MPH a montré une meilleure réduction des symptômes du TDA/H pendant l'essai ($P = 0,011$) et a eu une proportion significativement plus élevée d'urines négatives au dépistage de drogue par rapport au groupe placebo ($P = 0,047$), notamment avec les amphétamines ($P = 0,019$) et une meilleure observance au traitement ($P = 0,032$) (111).

La seconde étude est un essai de treize semaines randomisées en double aveugle à trois bras contrôlés contre placebo. Elle rassemble cent vingt-six participants adultes diagnostiqués comme ayant un TDA/H et un trouble de l'usage de la cocaïne comorbides. Ces patients ont été randomisés et ont reçu des sels mixtes d'amphétamines à libération prolongée (60 ou 80 mg) ou bien un placebo tous les jours pendant 13 semaines. Ils ont également tous participé à une thérapie cognitive et comportementale individuelle hebdomadaire. La proportion de patients ayant obtenu une réduction d'au moins 30% de la gravité des symptômes du TDA/H (mesurée par l'échelle d'évaluation des symptômes de l'Adult ADHD Investigator) était plus importante dans le groupe 60mg (75%, [OR] = 5,23 ; IC à 95 %, 1,98-13,85 $P < 0,001$) et 80mg (58,1 % ; OR = 2,27 ; IC à 95 %, 0,94-5,49 ; $P = 0,07$) comparé au groupe placebo (39,5%). L'abstinence en cocaïne sur une semaine estimée par dépistage urinaire et auto-évaluation était plus élevée pour le groupe 80 mg (OR = 5,46 ; IC à 95 %, 2,25-13,27 ; $P < 0,001$) et le groupe 60 mg (OR = 2,92 ; IC à 95 %, 1,15-7,42 ; $P = 0,02$) par rapport au placebo et les taux d'abstinence continue au cours des trois dernières semaines étaient plus élevés dans les groupes de médicaments que dans le groupe placebo : 30,2 % pour le groupe 80 mg (OR = 11,87 ; IC à 95 %, 2,25-62,62 ; $P = 0,004$) et 17,5 % pour le groupe 60 mg (OR = 5,85 ; IC à 95 %, 1,04-33,04 ; $P = 0,04$) contre 7,0 % pour le placebo. Le seul effet indésirable significativement plus élevé dans le groupe traitement que celui par placebo était la sécheresse buccale (108).

Bien que les conclusions selon lesquelles des doses plus élevées de stimulants prescrites peuvent réduire à la fois les symptômes du TDA/H et la consommation de stimulants illicites,

il convient de les considérer avec prudence dans le contexte de la littérature existante, et ces résultats doivent être reproduits pour clarifier les avantages et les bénéfices potentiels.

- [Les traitements médicamenteux disponibles :](#)

En France les substances autorisées pour le traitement psychopharmacologique du TDA/H adulte sont le méthylphénidate et l'atomoxétine. Chez les patients souffrant de TDA/H et de troubles comorbides liés à des substances le méthylphénidate, en particulier, manque de preuves. Dans les études d'autorisation de mise sur le marché, les patients souffrant de TUS comorbides sont souvent exclus de l'étude. Une autre raison pourrait être que la médication avec du méthylphénidate ou de l'atomoxétine ne déploie pas l'efficacité souhaitée chez les patients souffrant de TDA/H et d'un trouble comorbide lié à une substance.

⇒ **Le méthylphénidate :**

Une revue des essais contrôlés randomisés publiée en 2011 a montré que le méthylphénidate était moins efficace chez les patients présentant un trouble lié à une substance (46). De plus, pour ces patients, des doses suffisamment élevées de MPH sont nécessaires pour maintenir l'adhésion à la psychopharmacothérapie (140). Plus récemment, Skoglund et al ont mené une étude de cohorte rétrospective évaluant la posologie du méthylphénidate au fil du temps chez les patients souffrant de TDA/H et de TUS, en utilisant les données des registres nationaux suédois de médecine et de diagnostic. Sur une période de deux ans, les doses de méthylphénidate prescrites se sont stabilisées, avec des doses de méthylphénidate 40 % plus élevées dans le groupe de patients souffrant de TDA/H et de troubles comorbides que dans le groupe de patients souffrant de TDA/H sans troubles comorbides. Des doses plus élevées de méthylphénidate (>72 mg) étaient associées à une meilleure adhésion au traitement à long terme. Il semble donc peu probable que les doses plus élevées dans le groupe de comorbidité soient liées à un mauvais usage ou à un détournement. Ces résultats indiquent que des doses plus élevées de méthylphénidate peuvent être justifiées pour améliorer les symptômes du TDA/H, réduire l'abus de substances et augmenter l'adhésion au traitement chez les personnes souffrant d'un TDA/H comorbide avec un TUS (141).

⇒ L'atomoxétine :

Les études portant sur l'atomoxétine sont peu nombreuses en comparaison de celles sur le méthylphénidate et s'intéressent rarement aux populations de patients TDA/H présentant des antécédents de toxicomanie. Pourtant l'atomoxétine présenterait un faible risque d'abus et de dépendance et pourrait donc constituer un traitement de choix dans cette population de patients. L'atomoxétine est un inhibiteur puissant et très sélectif du transporteur pré-synaptique de la noradrénaline, sans effet direct sur les transporteurs de la sérotonine ou de la dopamine. Ce traitement a montré son efficacité dans le traitement du TDA/H chez l'adulte. Elle n'est pas un psychostimulant et n'est pas non plus un dérivé amphétaminique. Bien que les études disponibles sur l'atomoxétine n'aient pas démontré d'efficacité notable chez les patients TDA/H usagers de drogues en ce qui concerne l'abstinence aux toxiques (2), l'une d'entre elles a toutefois fourni des résultats encourageants sur l'évolution des consommations de substances. Il s'agit de la première étude contrôlée sur une population d'adultes souffrant de TDA/H et de troubles de l'usage d'alcool. Les participants étaient des adultes présentant un TDA/H et étaient très récemment abstinents à l'alcool (ils avaient consommé sur le dernier mois mais pas les quatre derniers jours avant la randomisation). Les 147 participants randomisés ont reçu soit un traitement par atomoxétine (n=72) soit un placebo (n=75). La dose initiale d'atomoxétine était de 25mg/j et a été augmentée progressivement durant les 12 semaines de l'essai et la dose maximale était 100mg/j. Bien que le délai de rechute (abstinence) ne différait pas entre les groupes, l'atomoxétine a réduit de façon significative la quantité d'alcool ingérée au cours des 12 semaines de l'étude, suggérant que ce traitement pourrait modifier le comportement des sujets vis-à-vis de l'alcool de manière bénéfique. En effet les sujets traités par l'atomoxétine avaient un taux de jours cumulés de forte consommation d'alcool significativement inférieur à celui des sujets traités par le placebo d'environ 26% (atomoxétine, n = 68 ; placebo n = 72 ; rapport des événements = 0,74, P = 0,023). Comparativement au placebo, l'atomoxétine a amélioré les principaux symptômes du TDA/H même chez les sujets qui ont recommencé à boire de l'alcool. Aucun événement indésirable grave n'a été signalé. Les effets indésirables significativement plus fréquents chez les sujets traités par l'atomoxétine étaient les nausées (43,3 % vs placebo : 9,6 % ; P < 0,001), la sécheresse de la bouche (26,9 % vs placebo : 11,0 % ; P = 0,018), la perte d'appétit (17,9 %

vs placebo : 2,7 % ; P = 0,004), les étourdissements (14,9 %, placebo : 2. 7 % ; P = 0,014), la fatigue (13,4 %, placebo : 2,7 % ; P = 0,026), la constipation (11,9 %, placebo : 1,4 % ; P = 0,014), la dysurie (7. 5 %, placebo : 0 % ; P = 0,023), les bouffées de chaleur (6,0 %, placebo : 0 % ; P = 0,050) et les paresthésies (6,0 %, placebo : 0 % ; P = 0,050). Les effets indésirables ne différaient pas chez les « gros buveurs » (102).

Pour le moment l'atomoxétine fait l'objet d'une autorisation d'accès compassionnel (AAC). Sa prescription est réservée aux médecins psychiatres, neurologues et pédiatres et n'est disponible que dans les pharmacies hospitalières.

c. Détournement et mésusage :

L'utilisation de traitements stimulants peut être source d'inquiétude pour les soignants. Les préoccupations concernent la majoration des consommations de substances sous traitements médicamenteux (par psychostimulant notamment), le risque de mésusage et de détournement des traitements. Le mésusage ou l'usage non médical d'un traitement se produit lorsque le médicament est utilisé dans un but pour lequel il n'a pas été prescrit ou lorsqu'il est utilisé pour obtenir un effet non thérapeutique. On parle de détournement lorsque le produit /médicament est vendu ou détourné vers un marché illicite pour un usage généralement non autorisé ou non nécessaire sur le plan médical. Le risque de l'usage non médical est l'abus qui peut par la suite générer une dépendance. À l'âge adulte, la consommation de substances illicites et les comorbidités liées à la santé mentale ainsi qu'à la toxicomanie sont des facteurs contribuant à une prévalence accrue à l'usage non médical des traitements. Les psychostimulants tels que le méthylphénidate et les sels mixtes d'amphétamines possèdent des effets sympathiques et euphorisantes et sont classés dans l'annexe II des substances contrôlées avec un potentiel d'abus (142). Dans une enquête menée auprès de 66 adultes canadiens ayant reçu une prescription de méthylphénidate, 44 % ont admis avoir détourné leur médicament et 29 % en ont fait un mauvais usage. Parmi ceux qui détournaient leur MPH, 97 % le donnaient plutôt que de le vendre (143). De plus il existe une certaine inquiétude quant au fait que les étudiants des collèges ou des universités puissent simuler ou exagérer les symptômes d'un TDA/H afin d'obtenir une prescription de stimulants, afin d'améliorer leurs performances académiques. L'ensemble de la littérature disponible sur le sujet suggère que le mésusage et le détournement de médicaments

psychostimulants pour pallier aux symptômes du TDA/H sont courants et représentent, en fonction des études, une prévalence estimée entre 5 à 10% chez les lycéens et 5 à 35% chez les étudiants. Cela afin d'améliorer leur concentration et leur performances scolaires mais aussi à des fins récréatives (144). Une revue systématique de la littérature publiée en 2014 a englobé 21 études sur le sujet, soit 113 104 personnes. Concernant les individus présentant un TDA/H le taux de détournement du traitement au cours de la vie (par don, échange ou vente) variait de 16 à 29% chez les élèves traités par psychostimulants. Ainsi, l'usage non médical des traitements psychostimulants n'est pas rare, et environ un quart des patients atteints de TDA/H relatent avoir été contactés par d'autres personnes qui voulaient acheter leur traitement (94).

Le mauvais usage et le détournement concernaient davantage l'utilisation de préparation immédiate de psychostimulant. Les personnes concernées par le mésusage du méthylphénidate recherchent les effets plus immédiats et souvent plus sympathiques des formulations à libération immédiate lorsqu'ils sont utilisés de façon récréative ou pour étudier. La tomographie par émission de positrons montre des concentrations plasmatiques maximales plus élevées et plus précoces avec la forme à libération immédiate (entraînant une absorption plus rapide du MPH dans le cerveau) comparées à la forme à libération prolongée. Ce qui suggère qu'une plus grande surveillance des patients recherchant ou utilisant des formulations de MPH à courte durée d'action est nécessaire (94). Le méthylphénidate étant difficile à synthétiser, son détournement direct par prescription est la principale source d'usage non médical. La prise du traitement stimulant par une voie différente que celle per os, par inhalation nasale ou en injection notamment, peut permettre à la drogue d'être plus rapidement absorbée par le cerveau pour produire des effets euphoriques escomptés par les utilisateurs. Afin de réduire cet usage, la fabrication de préparations médicamenteuses plus difficilement écrasables (afin de diminuer l'inhalation nasale sous forme de poudre) ou diluables (à visée d'injection) sont nécessaires. Ce mésusage peut avoir différentes fonctions, comme pallier au trouble de la concentration, de la vigilance ou à visée de « défonce » ou encore d'expérimentation (145). Il convient de noter que les étudiants des collèges à qui l'on avait prescrit des stimulants au cours de l'année précédente étaient plus susceptibles d'être approchés pour détourner leurs médicaments psychostimulants (54 %) que ceux ayant une prescription d'analgésique (26 %), de sédatif, d'anxiolytiques (19 %) ou de somnifères (14 %)

(94). De plus dans la population adulte, les sujets qui détournent leurs médicaments sont plus susceptibles de consommer d'autres substances illicites que ceux qui ne le font pas (94). La plupart des individus adultes qui rapportent avoir abusé du MPH ont déclaré l'avoir fait en mélangeant le traitement avec d'autres substances, en particulier l'alcool, ce qui renforce le fait qu'il est important de surveiller l'utilisation de substances licites et illicites chez les personnes à qui ce médicament est prescrit (145).

Pourtant d'autres études suggèrent que les adultes présentant une comorbidité TDA/H-TUS ne font pas particulièrement un mauvais usage ou ne détournent pas leurs médicaments, surtout si la forme à libération prolongée est utilisée (146). Cependant les preuves demeurent limitées dans la littérature et les inquiétudes concernant une augmentation de l'envie de consommer des substances, ou de leurs consommations, n'ont pas été confirmées avec le méthylphénidate (147).

[Les alternatives aux psychostimulants :](#)

Toutefois d'autres alternatives aux traitements stimulants sont possibles et devraient être envisagés comme le traitement par le bupropion ou par l'atomoxétine, chez les patients à risque ou présentant des antécédents de TUS (132).

Le bupropion est un antidépresseur de type aminocétone, inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines (noradrénaline et dopamine) ayant un potentiel d'abus plus faible. Les études sur le bupropion sont en faveur d'un bénéfice du traitement concernant les symptômes du TDA/H soutenant que ce traitement peut être une alternative aux psychostimulants (preuve de faible qualité toutefois sur la diminution de symptômes du TDA/H) (148). Une étude a prouvé que le bupropion s'avérait efficace chez les patients souffrant de TDA/H qui présentaient une dépendance à la cocaïne (diminution de la consommation de cocaïne auto déclarée, de l'envie de cocaïne et des analyses toxicologiques à la cocaïne plus fréquemment négatives de manière significative) (134). Toutefois une autre étude sur le bupropion réalisé auprès d'une population de cocaïnomanes traités par méthadone n'a pas montré de résultats significatif sur les consommations de substances (149).

-L'atomoxétine est également un traitement intéressant chez les sujets consommateurs ou à risque de TUS comme nous l'avons évoqué en amont.

Même si les traitements psychostimulants ne semblent pas induire de dépendance car il n'existe pas de preuve de développement d'une tolérance au fil du temps, les études sur le sujet restent controversées. Lorsque les patients présentent un risque plus élevé d'abus ou de détournement de médicaments, des formulations de stimulants à action prolongée ou des non-stimulants devraient, dans la plupart des cas, être utilisées. L'usage de médicaments stimulants pour traiter un TDA/H ne semble pas déclencher des troubles de l'usage des substances si il n'y a pas d'antécédent de TUS au préalable et pour les patients présentant un ou des TUS, le traitement pharmacologique du TDA/H s'avère utile sur la symptomatologie du TDA/H sans induire d'aggravation du TUS (125).

d. Aspects préventifs :

Le traitement pharmacologique précoce du TDA/H chez les jeunes adultes pourrait-il modifier la trajectoire développementale du trouble en ce qui concerne les comorbidités psychiatriques et addictives associées ?

Une méta analyse publiée en 2013 a mesuré l'association longitudinale entre le traitement par des stimulants durant l'enfance et la consommation de substances ultérieure (c'est-à-dire la consommation de substances au cours de la vie et l'abus ou la dépendance à ces substances). Cette méta-analyse comprend 15 études différentes, soit 2565 sujets. Les résultats suggèrent qu'il n'y a pas de risque accru ni de réduction des consommations de substances (tout type de substance confondu) (150).

Une autre étude publiée en 2008 a constaté que les adolescents atteints de TDA/H et traités par psychostimulants présentaient un risque significativement plus faible de développer un tabagisme ou un trouble de l'usage de substances après cinq ans de suivi. Les résultats de cette étude sont même en faveur d'un effet protecteur significatif de l'exposition aux traitements stimulants sur le développement ultérieur des TUS (HR= 0,27 ; IC à 95 %, 0,13-

0,60) et du tabagisme (HR= 0,28 ; IC à 95 %, 0,14-0,60) par rapport aux sujets non traités. Cependant aucune association significative entre l'âge du début du traitement, la durée du traitement par stimulants et le risque ultérieur de TUS ou de tabagisme n'a été mise en évidence. De même, chez les personnes qui ont développé des TUS, aucune relation entre le traitement par stimulants et la gravité ou la durée des consommations n'a été mise en évidence (151).

D'après le dernier consensus publié en 2022 (125), le traitement du TDA/H chez l'enfant par des médicaments stimulants pourrait avoir un effet protecteur sur le développement des troubles de l'usage de substances si sa mise en place est précoce et suffisamment durable dans le temps. Le traitement précoce du TDA/H peut également avoir des effets bénéfiques allant au-delà des comorbidités. Les enfants ayant reçu un traitement pour le TDA/H auraient un taux de chômage par la suite trois fois moins élevé que les personnes n'ayant pas reçu de traitement pour leur TDA/H dans leur enfance (152). Bien que le mécanisme précis de cet effet protecteur ne soit pas connu à l'heure actuelle, une hypothèse plausible serait que la réduction des symptômes du TDA/H suite à la prise du traitement entraînerait une amélioration de la réussite scolaire et professionnelle, ainsi qu'une meilleure estime de soi, réduisant ainsi le risque de consommations ultérieures de substances.

Toutefois une étude prospective portant sur 208 enfants et adolescents souffrant de TDA/H a mis en évidence que l'âge, au moment de l'initiation du traitement par méthylphénidate, pouvait être corrélé avec le développement d'un potentiel de TUS ultérieur. Le sexe féminin, le trouble des conduites dans l'enfance et un âge plus élevé en début du traitement par stimulants augmentaient le risque de TUS et d'abus d'alcool. Cela suggère que les effets des stimulants sur le développement des TUS à long terme pourrait dépendre de l'âge au moment de l'initiation (153).

CONCLUSION PREMIERE PARTIE :

Le TDA/H est un trouble neurodéveloppemental qui peut persister à l'âge adulte. Son lien étroit avec les addictions aux substances est désormais bien établi. Dans la population des usagers de substances, la prévalence du TDA/H est estimée à 23,1%. Plusieurs hypothèses fournissent des explications concernant cette association telle que celle de l'automédication, de l'impulsivité, des comorbidités associées et d'une héritabilité partagée. Pour ces patients, les schémas de consommation de substances apparaissent plus complexes et plus chroniques, avec des polyconsommations plus fréquentes que chez les adultes souffrant de trouble de l'usage de substance sans TDA/H comorbide. Il apparaît alors primordiale de dépister et de prendre en charge ces patients de la façon la plus pertinente possible au sein des structures d'addictologie afin de prévenir et limiter l'impact des consommations chez ces patients.

Concernant le dépistage et le diagnostic, les échelles d'évaluation du TDA/H peuvent être extrêmement utiles car elles permettent d'obtenir une information organisée sur les problèmes rencontrés, de documenter la fréquence et la gravité des symptômes du TDA/H ainsi que d'évaluer la réponse aux différents traitements. L'usage d'une combinaison de deux tests est recommandé afin d'obtenir une meilleure spécificité lors du dépistage. Le diagnostic ne pouvant pas reposer exclusivement sur les scores obtenus par les instruments d'évaluation disponibles, l'outil le plus important et le plus efficace pour évaluer et diagnostiquer les patients souffrant d'un double diagnostic de TDA/H et d'un TUS demeure une évaluation clinique et psychosociale complète et détaillée. Le diagnostic devra être posé par un clinicien formé et expérimenté dans le TDA/H et les TUS afin de limiter les risques de sur ou de sous-diagnostic et les conséquences médicales et thérapeutiques qui en découlent.

Il n'existe pas à ce jour de directives concernant le traitement psychopharmacologique du TDA/H comorbide à un trouble de l'usage de substance. Bien que le niveau d'abus du méthylphénidate puisse être controversé, les données suggèrent que le méthylphénidate est fréquemment utilisé à mauvais escient, en particulier chez les étudiants du secondaire et de l'université, qui le consomment afin d'améliorer leur concentration et leur vigilance. L'usage de stimulants à visée d'automédication souligne l'importance du dépistage du TDA/H et des troubles comorbides chez les étudiants, le plus tôt possible afin de fournir à ces personnes une pharmacothérapie adaptée.

Dans l'ensemble, l'idée selon laquelle l'utilisation du méthylphénidate chez les patients souffrant de TDA/H n'entraîne pas de TUS est bien étayée, mais peu concluante et controversée. Certaines études présentant des limites importantes comme des périodes de suivi courtes, des taux d'attrition élevés et l'inclusion ou non de la nicotine dans le TUS. Lorsque le mésusage ou l'abus sont jugés préoccupants pour un patient, la surveillance de l'utilisation du traitement est importante, et le choix d'une formulation à libération prolongée s'avère approprié. Ainsi le potentiel de dépendance des psychostimulants dans le traitement du TDA/H et des TUS devrait être pris en compte lors de la planification et de la mise en œuvre du traitement. Il conviendrait alors d'identifier des sous-groupes de patients plus à risque de mésusage, notamment chez les adolescents ou les adultes jeunes tout en gardant à l'esprit que les adultes plus âgés n'en sont pas exempts. La "thérapie de substitution" par psychostimulants dans le cadre du TDA/H comorbide à la dépendance aux substances n'est pas encore établie et donc non recommandée pour l'instant.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients TDA/H usagers de substances, il nous a paru primordial de connaître les avis des soignants sur le sujet ainsi que leur retour d'expérience afin de dresser un état des lieux des différentes prises en charge effectuées. Dans cette seconde partie nous allons présenter notre étude qualitative réalisée auprès de médecins exerçant au sein de structures d'addictologie des Bouches-du-Rhône.

PARTIE II : ETUDE QUALITATIVE

Nous allons à présent objectiver et analyser la prise en charge des patients TDA/H consommateurs de substances au sein des structures d'addictologie en nous appuyant sur le témoignage des addictologues. Afin de répondre à cette problématique, nous avons mené une étude qualitative prospective, multicentrique auprès de médecins et psychiatres addictologues exerçant dans des structures d'addictologie des Bouches-du-Rhône. L'objectif est d'exposer le retour d'expérience des médecins concernant la prise en charge de ces patients.

1. Matériels et méthodes :

a. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins addictologues, psychiatres ou généralistes exerçant en structures de soins hospitalières (hôpitaux ou cliniques) et ambulatoires d'addictologie du département des Bouches-du-Rhône. L'objectif principal de cette étude était de connaître le retour d'expériences des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des sujets présentant un TDA/H associé à un trouble de l'usage de substances. Pour répondre au mieux à cet objectif, l'approche qualitative s'imposait car elle favorise la libre expression des soignants, et le recueil de différentes visions, interprétations et ressentis.

Pour réaliser notre objectif principal, nous avons étudié auprès de médecins et psychiatres addictologues, leurs représentations, pratiques et retours d'expériences concernant la prise en charge des patients présentant un TDA/H au sein des structures d'addictologies.

Cette étude a été réalisée de façon prospective de juin 2022 à janvier 2023.

b. Population de l'étude :

Critères d'éligibilité :

La population cible est composée de médecins exerçant dans les structures de soins d'addictologie telles que les unités d'hospitalisation ou les structures hospitalières, les cliniques, les centres de soins d'accueil et d'accompagnement en addictologie (CSAPA) et les microstructures d'addictologie.

Les critères d'inclusion pour participer à cette étude sont les suivants :

- Être médecin psychiatre ou généraliste ;
- Exercer dans une structure d'addictologie sur le territoire des Bouches-du-Rhône.

Les médecins n'exerçant pas au sein d'une structure d'addictologie ont été exclues.

Modalités de recrutement :

Le recrutement est réalisé selon un échantillonnage qui tend à une variation maximale en fonction de l'âge, du sexe et de la profession.

Le recrutement des professionnels a été réalisé de juin 2022 à janvier 2023 au sein de 7 structures : le service d'addictologie du centre hospitalier Valvert ; le service d'addictologie du centre hospitalier d'Allauch ; la clinique Saint Barnabé ; le CSAPA du centre hospitalier Sainte-Marguerite ; le CSAPA Puget Corderie ; le CSAPA de la Villa Floréal et le CSAPA Tremplin. Un premier contact par e-mail a été effectué, permettant de présenter l'investigateur, l'étude et ses modalités. Les rendez-vous ont ensuite été fixés lors d'entretiens téléphoniques et se sont déroulés en présentiel au sein de chaque structure de soins. De fait, nous avons réalisé une étude multicentrique.

Taille de l'échantillon :

Le nombre de professionnels participant à cette étude n'a pas été défini à l'avance. La taille de l'échantillon a été déterminée en utilisant le principe de saturation des données confirmé par la réalisation d'un entretien supplémentaire n'ayant pas apporté de nouvelles informations. Au total, 14 personnes ont été interrogées.

c. Guide d'entretien :

Il a été réalisé à partir de données issues de la littérature et des hypothèses proposées par le chercheur. Le but était de recueillir des réponses individualisées à partir de questions ouvertes, d'orienter le discours autour de thèmes définis en amont.

Le guide est fourni en annexe 2.

Le guide d'entretien est organisé en six catégories qui ont été abordées auprès des médecins interrogés :

- Le parcours professionnel du praticien et la constitution de l'équipe de soins du service ;
- Les représentations des soignants concernant le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte ;
- Le rôle des médecins addictologues dans le dépistage et le diagnostic du TDA/H ;
- Les liens effectués avec les autres professionnels de santé concernant la prise en charge des patients présentant un TDA/H ;
- La prise en charge globale des patients présentant un TDA/H usagers de drogue en addictologie ;
- Les perspectives d'amélioration possibles concernant la prise en charge des patients concernés.

d. Recueil des données :

Les entretiens se sont tous déroulés dans les structures où travaillent les enquêtés. Ils ont été menés par le même enquêteur après avoir recueilli oralement le consentement des participants. Il était rappelé aux participants que l'entretien était anonyme. Les entretiens étaient individuels, semi-dirigés et enregistrés par un dictaphone. Ils étaient ensuite retranscrits manuellement sur ordinateur via le logiciel de traitement de texte Microsoft Word. Chaque participant a été anonymisé à partir de cette étape par la lettre P suivie d'un numéro aléatoire entre 1 et le nombre de participants, soit 14. La lettre C désigne l'investigateur dans les retranscriptions.

e. Analyse des données :

Une première lecture a été réalisée afin de se familiariser avec les données.

Les verbatims ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique à l'aide du logiciel Microsoft Excel. L'analyse de chaque entretien a permis de découper les verbatims en unité de sens et de leur attribuer un code. Ces codes ont ensuite été associés en sous-thème et en thèmes, puis eux même regroupés en rubriques. Les thèmes n'ont pas été définis à l'avance mais au fur et à mesure de l'analyse.

Nous avons fait le choix faire figurer à la fin de chaque sous-partie un graphique illustrant les pourcentages de réponses amenés par les participants. Ces graphiques sont instaurés à titre informatif afin de représenter au mieux l'importance des réponses au sein de notre échantillon. Ils ne sont donc pas représentatifs de la population générale des médecins addictologues.

2. Résultats :

a. Caractéristiques :

Caractéristiques des participants :

Au total quatorze professionnels ont été inclus de juin 2022 à janvier 2023 dont onze femmes et trois hommes.

Caractéristiques de la population	Nombre de participants (N=14)
Genre	
Femmes	11
Hommes	3
Âge	
25-35ans	5
35-45ans	4
>45ans	5
Expérience en addictologie	
< 5ans	6
5-10 ans	3
10-20 ans	1
> 20 ans	4
Lieu d'exercice	
Centre Hospitalier Valvert (Marseille)	2
Clinique Saint Barnabé (Marseille)	2
CSAPA Puget Corderie (Marseille)	3
CSAPA Hôpitaux Sud (Marseille)	3
Centre Hospitalier d'Allauch (Allauch)	1
CSAPA Tremplin (Aix en Provence)	1
CSAPA Villa Floréal (Aix en Provence)	2
Fonction	
Psychiatre	2
Psychiatre addictologue	8
Médecin généraliste addictologue	2
Médecin du travail addictologue	1
Médecin infectiologue addictologue	1
Formation en addictologie	
Capacité	9
DU addictologie	1
FST addictologie	1
DU tabacologie	1

Caractéristiques des entretiens :

Parmi les professionnels, huit psychiatres addictologues, deux médecins généralistes addictologues, un médecin du travail addictologue, un médecin infectiologue addictologue et deux médecins psychiatres ont été interrogés. L'âge moyen des participants était de 41,4 ans avec des âges extrêmes de 30 ans et 59 ans. La durée moyenne des entretiens était de 21 min et 77s.

	Mode d'entretien	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
P1	Physique	14/06/2022	14min 22s
P2	Physique	14/06/2022	20min 53s
P3	Physique	04/07/2022	12min 21s
P4	Physique	08/07/2022	18min 03s
P5	Physique	28/07/2022	24min 03s
P6	Physique	08/08/2022	21min 12
P7	Physique	08/08/2022	19min 40s
P8	Physique	11/08/2022	22min 04s
P9	Physique	07/09/2022	18min 56s
P10	Physique	07/09/2022	32min 14s
P11	Physique	05/10/2022	33min 51s
P12	Physique	17/10/2022	18min 15s
P13	Physique	06/12/2022	17min 26s
P14	Physique	26/12/2022	33min 63s

b. Analyse des résultats :

A. Perception et familiarisation des soignants avec le TDA/H.

1. Conceptualisation du TDA/H par les soignants :

Selon un soignant de notre échantillon le TDA/H est un diagnostic psychiatrique à part, inhabituel.

(P1) : « Ça reste un diagnostic qui je pense dans ma vision actuelle des choses est un diagnostic un peu à part entière. Enfin je ne sais pas mais je ne le fais pas dans ma palette habituelle. »

Pour un autre il est perçu comme un trait de personnalité et non comme un trouble.

(P11) : « Ce que je peux dire, je ne sais pas si on peut appeler ça une maladie vraiment. Pour moi ça reste quand même quelque chose qui fait partie d'une personne. C'est un trait de personnalité pathologique je dirais qui nous renvoie à l'histoire du trouble de la personnalité borderline. »

Pour deux autres soignants le diagnostic de TDA/H suscite plus d'intérêts qu'autrefois.

(P7) : « Je pense que pendant longtemps ça a été un peu moins au fait. Il y avait quand même beaucoup moins de gens qui s'y intéressaient. Enfin là quand même, c'est une mode. Enfin ça devient plus à la mode. »

Deux médecins rapportent que le TDA/H est un trouble resté longtemps méconnu, ou qui a été longtemps identifié comme un trouble qui concerne seulement les enfants.

(P12) : « Déjà dans le contexte, c'est à dire que moi quand j'ai terminé mes études il n'y avait pas vraiment le TDA/H. Ce n'était pas vraiment reconnu encore je pense, en tant que pathologie. »

(P9) : « C'est ma pratique personnelle qui a fait que je m'intéresse au TDA/H de l'adulte parce qu'au départ on disait que les symptômes s'atténuent à l'âge adulte. Au départ on parlait que du TDA/H chez l'enfant. »

Certains soignants expliquent qu'ils ont été familiarisés avec le TDA/H suite aux mésusages de psychostimulants des patients usagers de drogues.

(P 11) : « Alors le bruit était plus autour des effets qu'entraînait la prise de méthylphénidate et donc l'arrêt de la prise. Et je dois dire que c'était ça qui envahissait tout l'espace qui entourait la prise en charge de ces patients. »

(P8) : « Il y a eu beaucoup de mésusage de la Ritaline chez les adultes donc c'est l'approche que j'ai eu au départ ici de voir des gens qui avaient des troubles addictifs et qui utilisaient la Ritaline comme psychostimulant, souvent en injection. »

Pour beaucoup de participants il est rattaché aux consommations de cocaïne, en lien avec les effets paradoxaux qu'elle engendre chez ces patients.

(P13) : « Avant je ne suspectais que ceux qui prenaient de la cocaïne. Par l'effet que pouvait avoir la cocaïne sur eux. »

(P14) : « La cocaïne pour être apaisé. À la différence des autres patients qui utilisent la cocaïne pour être plus excités. »

(P5) : « Je suis très sensibilisé. Je sensibilise aussi sur le fait qu'on a pas mal de patients souvent jeunes qui viennent et qui prennent de la cocaïne et qui ont des symptômes paradoxaux et qui sont calmés justement par la cocaïne alors que normalement c'est plutôt excitant, un psychostimulant et là justement il faut suspecter de l'hyperactivité. »

2. Ce que le trouble renvoie aux soignants :

Il peut provoquer des questionnements chez les soignants qui n'ont pas une idée très précise du trouble comme nous le rapporte ce médecin.

(C) : « Vous plus personnellement qu'est-ce que vous en pensez ? Quand vous entendez le TDA/H ça n'existe pas, c'est quoi votre avis ? (P6) « Ben ça me questionne. Mais ce n'est pas un très bon questionnement. C'est plutôt quelque chose qui va m'inhiber en fait. »

Il renvoie un sentiment d'inquiétude à certains soignants qui ne sont pas à l'aise avec le diagnostic.

(P1) : « Moi à l'heure d'aujourd'hui je ne me sens pas à l'aise avec cette question-là. »

(P6) : « Mais néanmoins, ça a plutôt tendance à me crisper un peu quand la situation se présente, à ne pas trop savoir. »

Un participant nous explique se sentir perdu car il a eu des échos différents au cours de sa formation concernant le trouble et sa reconnaissance en tant que pathologie.

(P6) : « En arrivant dans le service le discours était complètement différent et c'était plutôt le TDA/H n'existe pas. Et donc moi mon sentiment ça serait quand même de nuancer un peu par rapport au tout ou rien peut-être que j'ai connu. »

Un médecin l'évoque comme un traumatisme car le rattache aux mésusages de psychostimulants.

(P11) : « Eh bien plus que familiarisée je dirais traumatisée par le TDA/H. En fait ça me renvoie à ces patients qui étaient dépendants au méthylphénidate il y a déjà de nombreuses années et qui étaient le calvaire des médecins libéraux. »

3. Connaissance du trouble, familiarisation :

Certains professionnels de santé ne sont pas familiarisés avec le trouble car ils n'ont pas bénéficié de formation sur le sujet.

(P14) : « Alors lors des études non, on ne m'a jamais parlé du TDA/H de l'adulte. En addictologie non plus. Dans la capacité d'addictologie à aucun moment ça n'a été évoqué. »

D'autres médecins interrogés ne prennent actuellement pas en charge de patients présentant ce trouble.

(P1) : « Enfin à l'heure d'aujourd'hui j'ai aucun patient qui n'est venu avec ce diagnostic. Et du coup je n'ai pas posé de diagnostic. Moi ce n'est pas un diagnostic auquel je pense quand les patients viennent pour un problème d'addiction. Dans mon parcours jusqu'ici je n'ai pas trop eu à faire à cette question-là. »

Quatre psychiatres ont répondu avoir des connaissances sur le trouble car ils ont été confrontés au TDA/H durant leurs stages de psychiatrie.

(P2) : « Surtout pendant mon internat car j'ai travaillé dans un service spécialisé dans ce domaine-là. »

Quatre médecins y ont été confrontés en travaillant dans des services pour enfants.

(P6) : « J'en ai entendu parler un petit peu quand je suis passée en pédopsychiatrie, sur le stage de pédopsychiatrie que j'ai fait au CHU quand j'étais à Bordeaux en fait. »

(P13) : « J'en ai vu parce qu'on le voit chez les patients, mais plutôt dans l'enfance en pédiatrie, non en médecine générale. »

Les questionnements des patients et leurs demandes amènent les soignants à s'intéresser aux troubles comme l'évoquent trois médecins.

(P7) : « Souvent c'étaient les patients qui arrivaient avec ce diagnostic, enfin avec des questionnements sur ce diagnostic-là. »

(P10) : « Sur les nouveaux patients que j'ai vu, sur une centaine, il y en avait quasiment vingt-cinq qui venaient pour ça. Après je ne dis pas que sur les vingt-cinq il y en a vingt-cinq qui était TDA/H mais en tout cas vingt-cinq ce sont présentés en me posant la question « est-ce que je suis TDA/H ou non ? » »

La majorité des professionnels affirment avoir déjà pris en charge des patients présentant un TDA/H.

(P14) : « À titre professionnel en médecine du travail où je voyais des salariés qui se retrouvaient à quitter impulsivement leur travail à plusieurs reprises, à se retrouver dans des problématiques d'insertion professionnelles et qui après ont des diagnostics qui ont été fait. »

(P9) : « Je m'intéresse plus particulièrement aux problèmes d'addiction au cannabis et j'avais mis en place une consultation jeunes consommateurs. Dans ce cadre-là j'ai vu pas mal de jeunes qui présentaient un TDA/H. »

Le bouche à oreille entre les soignants et les réunions cliniques au sein des structures d'addictologie ont également amené les praticiens à s'intéresser au trouble.

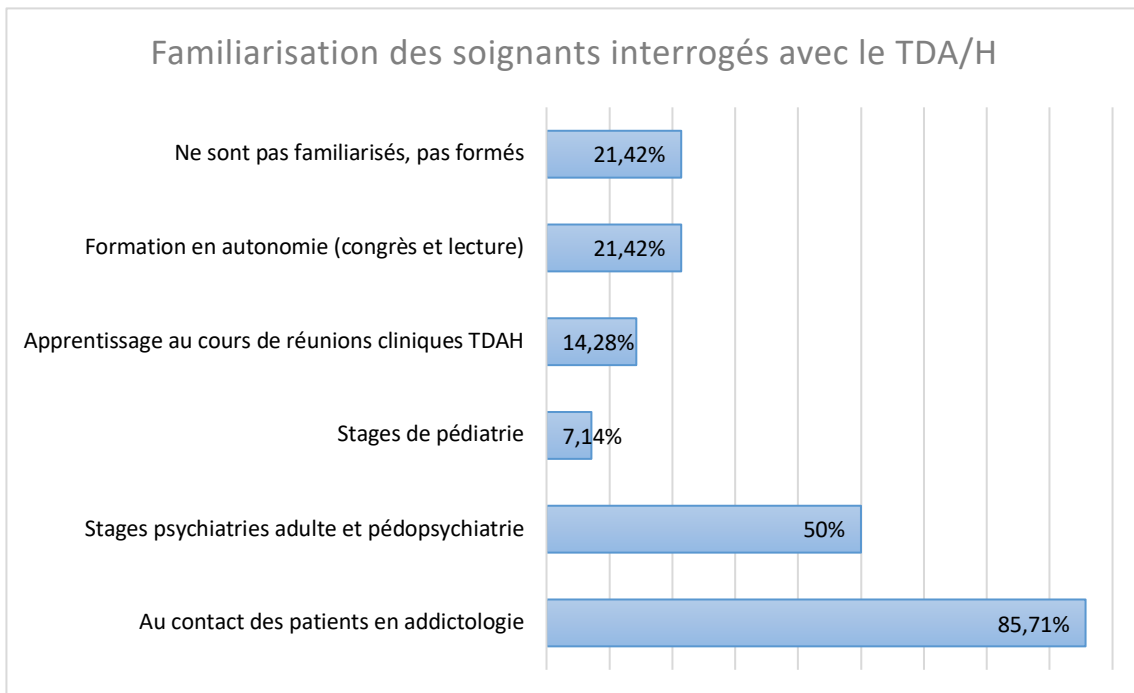
(P12) : « La première fois que j'en ai entendu parler c'était par une infirmière du service parce que sa fille était TDA/H. On a beaucoup discuté là-dessus. Elle m'a passé des livres. »

(P13) : « Et part justement les groupes initiés par le docteur (nom du médecin). »

La formation a parfois été entreprise par intérêts personnel, en autonomie à travers des lectures et des congrès.

(P14) : « J'ai été familiarisé à titre plus personnel que professionnel. A titre personnel en voyant des enfants évoluer qui avaient des symptômes compatibles avec un TDA/H qui après ont été diagnostiqués et traités. »

(P10) : « Je me rappelle du congrès de l'encéphale, un des derniers que j'ai fait alors je pense que c'était en deux milles vingt et j'avais assisté, y'avait une session en tout cas sur le TDA/H. »



B. La question du diagnostic du TDA/H en addictologie

1. L'importance du diagnostic.

Pour une grande partie des soignants interrogés le diagnostic a son importance car il permet de rassurer les patients ou de les déculpabiliser.

(P14) : « Il y a à la fois des patients pour qui juste le fait de poser le diagnostic est important. Globalement c'est plutôt bien perçu parce que ça vient expliquer quelque chose qu'ils ressentent depuis toujours et qui les déculpabilisent aussi un petit peu par rapport à des comportements qu'ils pourraient avoir. »

Cela permet également au patient d'améliorer sa compréhension du trouble.

(P10) : « Le retour c'est « ben déjà si je comprends en fait ce que j'ai ça me soulage ». Ils ne se mettent pas derrière une étiquette de TDA/H hein mais simplement au moins ils disent « je comprends mieux mon fonctionnement, je comprends quoi. » »

Deux participants évoquent que les services d'addictologie sont des lieux appropriés pour poser le diagnostic de TDA/H.

(P11) : « Je pense que justement en service d'addicto on doit être là pour mettre en évidence ces pathologies et une fois qu'elles sont dépistées faire en sorte que la prise en charge se fasse de manière efficiente rapidement, on a assez perdu de temps sur ces histoires-là. »

Ce diagnostic n'est pas posé dans les unités de psychiatrie comme en fait état un participant.

(P14) : « Dans la population addicto y'a pas mal de patients pour qui le diagnostic est posé, alors qu'il n'a jamais été posé auparavant, alors qu'ils ont eu des suivis en CMP ou par des psychiatres. »

La majorité des soignants interrogés (85,71 %) déclarent que le TDA/H et le trouble de l'usage des substances ont un lien étroit.

(P5) : « Il y a des liens et que certains parlent même d'une pathologie de la récompense au même titre que l'addiction. »

(P14) : « Certains patients vont utiliser les produits pour apaiser leurs symptômes, beaucoup utilisent du cannabis pour arriver à se concentrer. Le cannabis pour arrêter de réfléchir le soir et dormir aussi. La cocaïne aussi pour être apaisé. Il y a un lien aussi, ce sont les personnes qui vont être impulsives et qui vont avoir envie de connaître d'autres sensations et vont être plus attirées par les produits. Je pense du fait de voilà, de leur impulsivité. »

2. Des difficultés à poser le diagnostic :

La majorité des participants de notre échantillon (74,43%) ont émis des difficultés à poser le diagnostic pour plusieurs raisons. Dans un premier temps car ils n'ont pas été formés à le faire (28,57%).

(P1) : « Moi je suis en train de faire une capacité d'addictologie cette année. Et en cours on n'a pas du tout de cours spécifiques sur le TDA/H cette année. On a fait substances par substances, on a eu un cours sur les pathologies duelles, mais ce n'était pas orienté TDA/H. Et du coup ce n'est pas évident pour le diagnostic. »

Pour beaucoup ce sont les comorbidités et les diagnostics différentiels associés au TDAH qui les mettent en difficulté.

(P3) : « La difficulté c'est généralement les facteurs confondants avec les troubles de l'humeur, essentiellement, et les conduites addictives. Donc les diagnostics différentiels. »

(P8) : « J'ai quand même beaucoup de gens qui ont des comorbidités psychiatriques, des fois des troubles de l'humeur, donc ça peut être aussi des éléments qui peuvent rendre plus complexes le diagnostic de TDAH. »

(P13) : « Par le passé des personnes c'est un peu difficile de savoir est-ce que c'est lié. Si c'est lié à des traumatismes répétés dans l'enfance qu'ils aient cette impulsivité ou pas. »

L'identification des symptômes peut s'avérer compliquée car le recueil rétrospectif n'est pas toujours facile.

(P2) : « Ce n'est pas très aisé. Il faut vraiment penser à diagnostiquer les symptômes durant l'enfance et ce sont des symptômes qui sont rétrospectifs et du coup soumis à des biais de mémoire. C'est important à souligner. On est sur un trouble qui est je pense assez sous diagnostiqué. »

(P8) : « C'est compliqué d'évaluer pour un adulte de quarante ans les troubles avant douze ans. Ce n'est pas toujours évident d'avoir des éléments de sa biographie. »

Ce recueil peut également être compliqué par les stratégies d'adaptation développées par le patient.

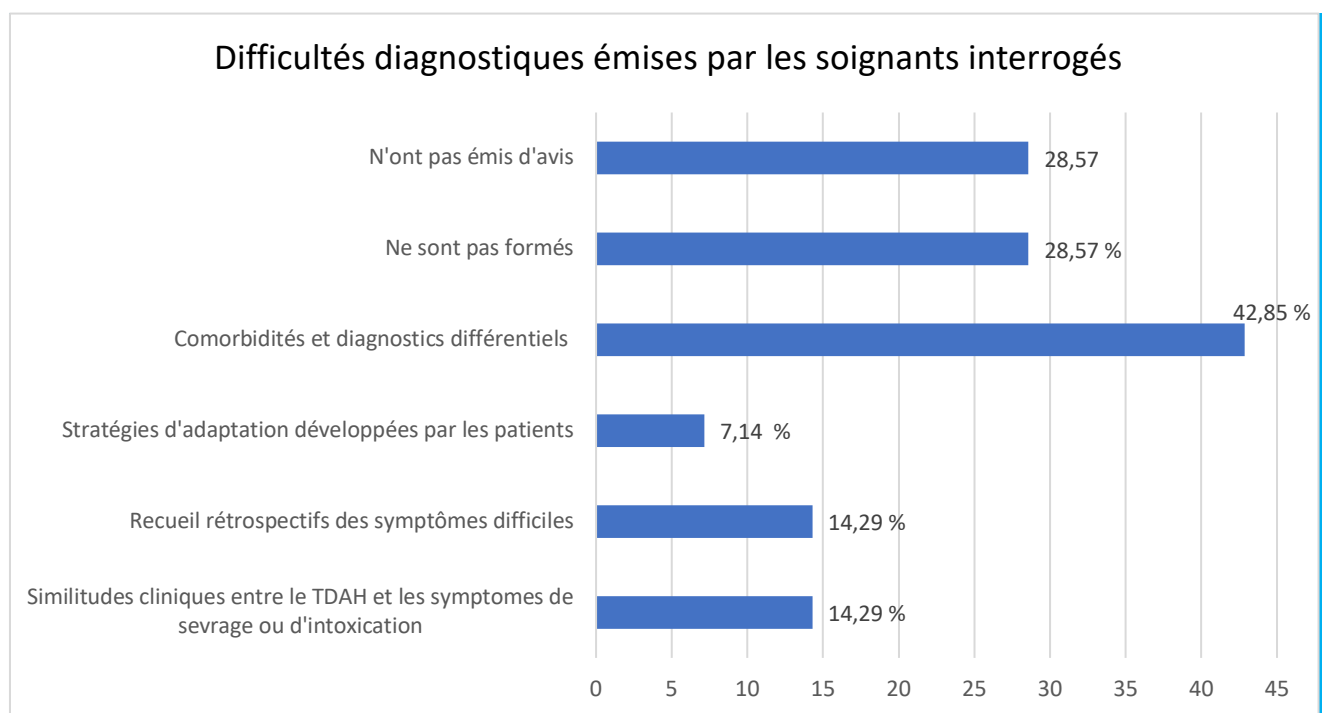
(P2) : « C'est un trouble qui se modifie au cours du développement, et chez l'enfant cela peut être relativement aisé à diagnostiquer. Aussi parce que le tableau est stéréotypé. Autant les adultes bien souvent ils vont mettre en place des stratégies d'adaptation qui vont permettre de compenser ce trouble. »

Les similitudes cliniques entre les symptômes d'intoxication aiguë et le TDA/H constituent aussi des difficultés pour le diagnostic.

(P11) : « À mon avis les symptômes du TDA/H sont très proches des symptômes qui peuvent exister dans la dépendance au cannabis. Il y a quand même des similitudes entre les deux pathologies. Oui on retrouve entre les deux beaucoup de symptômes identiques. Et après il y a

aussi beaucoup de similitudes dans l'usage de cocaïne et le TDA/H, l'hyperactivité par exemple. Enfin hyperactivité motrice on va dire. La tachypsychie dans l'usage de cannabis. »

(P10) : « En addictologie du coup c'est plus compliqué parce que finalement ce n'est pas ce qui est au premier plan. Donc j'ai un peu du mal à le dire, d'autant que, il y a aussi peut-être une forme d'automédication des patients et ils n'amènent pas forcément ça sur le tapis d'eux-mêmes. Donc c'est à nous d'aller chercher donc c'est souvent masqué. »



3. Des réticences à poser le diagnostic.

Une partie des soignants ont émis des réticences à poser le diagnostic (42,86%). En voici les raisons :

Les tests de dépistages et les tests diagnostiques sont jugés chronophages ce qui n'incite pas les médecins à les réaliser.

(P1) : « Alors si j'ai bien compris il y a quand même un test, faut faire passer un bilan mais c'est assez complet donc il est chronophage, la DIVA. »

(P13) : « Si je suspecte je ferais passer la DIVA, ou je demanderais à l'infirmière de le faire si je n'ai pas le temps. »

Selon deux soignants le diagnostic de TDA/H pourrait déresponsabiliser le patient concernant leurs consommations.

(P2) : « Y'a des gens qui voulaient avoir ce diagnostic car ils y voyaient dedans quelque chose qui viendrait expliquer tous leurs problèmes ».

(P10) : « Parce que la logique des patients c'est « oui mais j'irai mieux au niveau addicto et au niveau psychiatrique si j'avais le traitement, parce que ça devait être mon TDA/H, c'est le TDA/H qui induit tout. » »

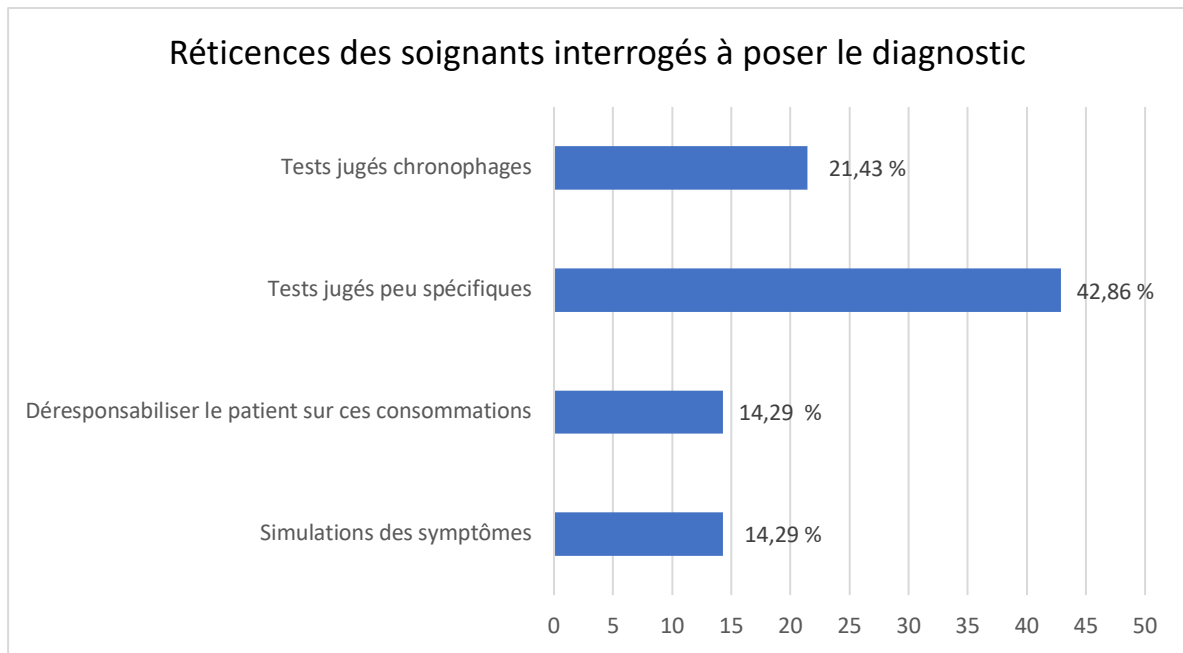
Certains soignants expriment une peur du risque de surdiagnostic notamment car les tests sont trop peu précis.

(P8) : « J'ai l'impression qu'autant pendant longtemps on a été dans la sous-évaluation, autant là j'ai l'impression que les auto-questionnaires surtout sur les troubles de l'attention sont quand même assez larges. Et au point où on pourrait se questionner sur quasiment cinquante pourcents de nos patients. »

(P2) : « C'est vrai que c'est facile à mettre en erreur l'échelle, parce que souvent ceux sont des auto-questionnaires. »

D'autres soignants craignent aussi que les patients puissent mimer des symptômes évocateurs du TDA/H afin d'obtenir des prescriptions de psychostimulants.

(P9) : « Et souvent des patients apprennent un petit peu tous les signes du TDA/H et ils vous disent « mais moi je suis hyperactif, quand j'étais petit on m'a été diagnostiqué comme ça », pour valider la prescription de Ritaline. Donc c'est ce qui fait que je suis assez réticente. »



C. Particularités des prises en charge inhérentes aux soignants.

1. Des prises en charges différentes en fonction des équipes et des lieux de soin.

Certaines équipes sont plus sensibilisées au diagnostic ainsi qu'à la prise en charge et dépistent et traitent elles-mêmes les patients présentant un TDA/H au sein des structures d'addictologie.

(P11) : « Oui on a des tests de dépistage qui peuvent être fait à l'hôpital de jour et dont on se sert, et je pense que toute l'équipe est sensibilisée à ce problème-là. »

(P 3) : « Généralement c'est moi qui les dépiste, qui confirme, et qui traite. Je n'oriente pas les patients. »

(P10) « Je m'occupe d'un hôpital de jour qui s'appelle (nom de la structure) dans laquelle je fais des bilans patients TDA/H. »

D'autres soignants admettent être moins à l'aise avec la prise en charge des patients TDA/H, notamment car ils rencontrent des difficultés dans le suivi de ces patients.

(P10) : « Il oubliait mes rendez-vous ou il oubliait les examens. Il faisait traîner les examens. Il n'arrivait pas prendre les rendez-vous avec les professionnels pour écarter les contre-indications. »

(P13) : « J'en suivais un qui partait dans tous les sens. Quand il venait en consultation il venait avec son ordinateur ouvert qu'il posait sur le bureau. Je passais déjà une dizaine de minutes à lui faire éteindre son ordinateur parce qu'il consultait ses mails. »

Ces derniers préfèrent orienter les patients vers des services experts afin de réaliser des co-suivi.

(P2) : « J'ai un rôle que je trouve assez modéré. Ça fait partie de ma grille lecture. Je fais l'anamnèse des signes du patient. Mais je ne fais pas passer d'échelle, je ne fais pas de choses comme ça. Quand j'ai une suspicion, jusqu'à présent, je faisais facilement un relai sur une consultation de CHU, qui elle faisait le diagnostic. »

(P7) : « Après je préfère que ce soit évalué par un centre et qu'ensuite je prenne la suite de la prise en charge. »

2. Les points importants dans la prise en charge d'après les soignants.

Les praticiens relèvent des points importants dans la prise en charge des patients, comme la réassurance et la psychoéducation qui sont bénéfiques aux patients mais aussi à leurs proches.

(P11) : « Je pense que ce qu'il faut commencer par faire quand on reçoit ces patients-là, c'est les rassurer. Je ne sais pas si faire des diagnostics ça les rassure forcément tout de suite quoi. »

(P9) : « Et j'ai un autre patient que je suis toujours, il a une vingtaine d'années, il est TDA/H et gros consommateurs de cannabis. Il a fait de la psychoéducation avec sa mère, qui assistait au groupe, ce qui a été très bénéfique. Parce que la mère a pu comprendre les difficultés de son fils et ce qu'était ce trouble. »

Un médecin évoque l'importance de l'interrogatoire afin de poser le diagnostic.

(P3) : « C'est surtout à l'interrogatoire pour poser le diagnostic, pas juste les questionnaires. »

Certains soignants soulignent l'importance de la pluridisciplinarité dans le suivi des patients.

(P14) : « De faire quelque chose de transversal avec les autres structures pour qu'on ait un panel de possibilité à proposer aux patients. Et après la méditation, le sport, la remédiation cognitive ce sont des choses pour lesquelles ça présente de l'intérêt. »

Un soignant a appuyé le fait qu'il est important que l'ensemble des professionnels prenant en charge le patient suivent la même ligne directrice, et fixent ensemble des objectifs réalisables.

(P11) : « Je pense qu'il faut commencer par suivre le même cap quand on reçoit un patient polyaddict, enfin comorbide. En tout cas c'est sûr qu'il faut plusieurs intervenants mais la première chose à faire c'est de suivre le même cap et de définir des objectifs qui sont accessibles pour le patient. »

Pour d'autres médecins la multiplication des professionnels de santé peut être délétère.

(P11) : « Si on multiplie le nombre de professionnels sans réfléchir, à quel moment on intervient, combien de temps on intervient, c'est à dire la durée de l'entretien et puis la durée de la prise en charge aussi. Et oui les patients ils sont complètement azimuthés, d'un coup ils se retrouvent avec dix professionnels autour d'eux, chacun fait à sa sauce, les entretiens durent une heure, alors que jusque-là c'est des gens qui n'arrivent pas à tenir dans une salle d'attente, qui n'arrive pas à voir le même thérapeute plus de dix séances enfin encore dix séances maximum. »

L'ensemble des soignants ont appuyé l'intérêts de la prise en charge des pathologies comorbides ainsi que de la recherche des diagnostics différentiels.

(P9) : « On dépiste aussi les troubles associés parce que souvent y a d'autres pathologies associées. Comme les troubles anxieux. »

(P14) : « Ce qui est important c'est de prendre en compte tous les symptômes qui les dérangent comme les troubles du sommeil. Et des fois c'est des choses simples que les gens savent mais qu'ils ne mettent pas en place. Ce qu'il faut donc c'est traiter les troubles du sommeil et après s'il y a une comorbidité autre qui peut être prioritaire la traiter. »

Un médecin appuie qu'il faut savoir distinguer les symptômes de manques et les symptômes du TDA/H d'autant plus en addictologie.

(P11) : « Le TDA/H mérite effectivement d'être mis en évidence chez ces patients tout en gardant à l'esprit l'idée que quand il était associé à un usage de substances il faut faire la part des choses entre le manque de produits et le diagnostic de TDAH. »

Un autre soignant explique qu'il faut pouvoir dissocier le TDA/H et le mésusage médicamenteux de psychostimulants.

(P10) : « Je peux voir des patients qui demandent des sevrages en Ritaline mais ce n'est pas gage de TDA/H pour autant et c'est des patients qui s'approvisionne souvent à l'extérieur dans des circuits parallèles et pas protégés par des médecins hein. C'est génial parce qu'eux achètent à des dealers des produits. Mais c'est pas, c'est pas des prescriptions de Ritaline. »

Un participant rapporte qu'il est important avant d'introduire un traitement médicamenteux d'évaluer l'intérêt du traitement pour le patient.

(P 14) : « Je pense que ce n'est pas un traitement anodin. Je pense que comme tout traitement il faut, ben il faut mesurer l'intérêt que ça a pour la personne. Et l'intérêt c'est sur les symptômes de la personne, c'est sur ce qu'elle va y gagner avec le traitement et après les risques par rapport aux produits qu'elle consomme et à voilà. Après moi je n'ai pas de frein particulier par rapport au traitement s'il est mis dans la bonne indication et au bon moment. Après je pense qu'il ne faut pas non plus le prescrire d'emblée sans avoir fait une bonne évaluation. »

Un autre soignant précise qu'il faut éliminer les contres indications à sa mise en place.

(P10) : « C'est vrai que disons que par rapport au traitement je suis plutôt favorable à l'instauration d'un traitement mais à condition qu'il n'y ait pas de contre-indications. Il n'y a jamais d'urgence à introduire un traitement par méthylphénidate et les quatre contre-indications qu'on a c'est la contre-indication cardiologique, neurologique mais également psychiatrique et addictologie. »

D. Les thérapeutiques proposés par les soignants :

1. Pratiques des soignants :

Les participants interrogés ont des pratiques différentes concernant la prescription du traitement médicamenteux. Certains proposent le traitement médicamenteux en première ligne (21,43% de notre échantillon).

(P14) : « Alors le traitement, dans le consensus, c'est ce qu'il faut mettre en place en premier. Maintenant on ne peut pas obliger les gens à se traiter. Proposer oui. Leur dire que ça peut les aider et que c'est intéressant d'essayer. »

D'autres au contraire se laissent plus de temps afin de pouvoir confirmer le diagnostic ou évaluer si le patient va faire un bon usage du traitement (21,43% de notre échantillon).

(P12) : « Ils ont la psychothérapie et en fait les traitements on en met très peu ou on essaye de très peu en mettre, surtout ces traitements-là Concerta, Ritaline. En tout cas moi mon parti c'est que j'attends de voir vraiment s'il y a un trouble avant de pouvoir les mettre. »

(P9) : « Ça dépend du patient, ça dépend si je sens que le patient va suivre scrupuleusement la prescription. »

D'autres encore font le choix de ne pas prescrire du tout de psychostimulants (21,43% des soignants interrogés) et un médecin à préciser ne prescrire que certaines formulations de traitements, comme le Concerta, mais pas de Ritaline.

(P4) : « Dans la structure en tout cas l'idée c'est que la Ritaline à priori on ne la prescrit pas. Y'a un peu cet historique-là. Alors ce n'est pas que ça n'est jamais arrivé y'a toujours des exceptions un petit peu aux règles, mais quand même voilà c'est ce qui nous a été transmis un petit peu voilà. »

(P8) : « Nous comme notre ligne de conduite c'est qu'il y n'a pas de prescription de Ritaline que du Concerta. Parce qu'il y a eu un temps où les gens venaient en urgence pour une prescription de Ritaline. Comme le Lyrica dans certains endroits quoi. »

Concernant les médecins généralistes ils n'initient pas de prescription car ils ne le peuvent pas.

(P14) : « Ouais alors au niveau médicamenteux je ne peux pas prescrire moi mais par contre j'adresse les patients qui veulent être traités. »

Dans l'ensemble les soignants attachent de l'importance au fait que les prescriptions soient bien encadrées, notamment car des patients ont fait un mauvais usage du traitement.

(P8) : « Je pense que c'est une prescription qui peut être faite que si elle est bien encadrée, face à quelqu'un avec un cadre de soin. »

(P11) : « J'ai vu quelques patients dont l'état de santé s'est très vite dégradé avec le méthylphénidate en particulier en injection. Et c'est un peu ça qui me fait dire que la prescription dans ce cadre-là doit être faite avec beaucoup de prudence et de critères bien précis. »

2. Prise en charge non pharmacologiques :

Concernant les prises en charges non pharmacologiques, certains médecins incluent systématiquement la psychothérapie dans leur prise en charge.

(P12) : « Nous de toute façon ils arrivent et ils ont de la psychothérapie systématiquement, parce que c'est un code de l'addicto et du sevrage ».

Certains précisent avoir eu de bons retours des patients.

(P14) : « Psychothérapie oui, une patiente qui avait justement une psycho à qui j'ai adressé d'autres patients derrière, et qui l'a bien accompagné sur le TDA/H et l'HPI voilà. »

Deux médecins estiment même que les psychologues sont plus habilités à recevoir des patients TDA/H car ils sont mieux formés sur le sujet.

(P1) : « Pour la DIVA notre psychologue est plus sensibilisée que nous. »

Cependant pour la majorité des soignants la prise en charge psychothérapeutique est difficile à mettre en place. Notamment car les médecins ne connaissent pas de psychologues spécialisés dans le TDA/H vers qui adresser leurs patients.

(P2) : « Je ne connais pas de psychologue, pas trop non. Pas en dehors de ceux du centre de la Conception dédié à ces questions-là. »

Les délais d'attente sont jugés trop longs par un des médecins.

(P11) : « Et si on pouvait faire accéder à des soins non médicamenteux directement ça serait la solution que je choiserais moi personnellement. »

Et le coût des prises en charge demeure trop élevé pour une partie de la population d'après deux soignants.

(P14) : « Mais après aussi faut des patients qui ont les moyens de payer une psychothérapie. »

(P5) : « Ouais ça peut se faire mais c'est pas le problème. C'est qu'il y a un coût pour le test qui n'est pas négligeable. »

Elle peut nécessiter la mise en place d'un traitement médicamenteux au préalable sans lequel le patient pourrait avoir des difficultés à suivre les séances comme nous en témoigne ce médecin.

(P14) : « Pour permettre l'accès à une psychothérapie. Parce que pour certains ce n'est pas possible d'accéder à une psychothérapie sans traitement. »

La prise en charge non médicamenteuse n'est toutefois pas toujours présente dans l'esprit des soignants comme le souligne ce participant.

(P2) : « Chez l'adulte malheureusement on est beaucoup axé sur la prescription de méthylphénidate, et assez peu sur la psychothérapie adaptée, alors qu'il semblerait qu'il y ait d'autres moyens que les moyens médicamenteux. C'est vrai que les patients sont souvent traités malheureusement que par le médicament, presque comme si c'était une pathologie neurologique. »

Pour un autre au contraire il semblerait nécessaire qu'elle soit simultanée à la prise en charge médicamenteuse mais cela n'est pas toujours réalisable en pratique.

(P11) : « On essaie de faire en sorte que la prise en charge psychologique soit simultanée. Lorsque y'a un patient qui arrive à l'hôpital et qui est adressé par un professionnel libéral en particulier c'est qu'on a à faire à une pathologie complexe d'emblée, donc logiquement on pourrait penser que l'intervention des psychologues soit simultanée de celle des psychiatres et qu'il y ait une concertation dans la prise en charge. »

Certains soignants cherchent cependant à orienter les patients vers d'autres alternatives non médicamenteuses comme la pleine conscience et le yoga.

(P14) : « J'essaye de les orienter vers tout ce qui est, on va dire méditation pleine conscience, yoga, en fonction des symptômes qu'ils ont. »

3. Modalité de prescription :

L'ensemble des soignants encouragent la prescription de forme à libération prolongées pour limiter le risque d'addiction par la suite.

(P10) : « Je prescris très exceptionnellement voire quasiment jamais de la Ritaline en libération immédiate. Avec les formes de libération prolongée il n'y a pas de souci. Enfin on ne voit pas de souci de patients qui deviennent addicts à ça. »

La quasi-totalité des participants interrogés (92,86%) désignent le méthylphénidate comme le traitement médicamenteux à initier en premier intention mais ne font pas mention des autres thérapeutiques possibles.

(P3) : « Ben c'est surtout le méthylphénidate. Il reste le Concerta hein et autrement non. »

(C) : « Est-ce que vous avez déjà été amené à prescrire d'autres traitements que des psychostimulants pour cette pathologie ? (P5) « Non. Enfin selon moi c'est ça le traitement. »

Un médecin nous a fait part de sa préférence pour l'atomoxétine dans la population de patient usager.

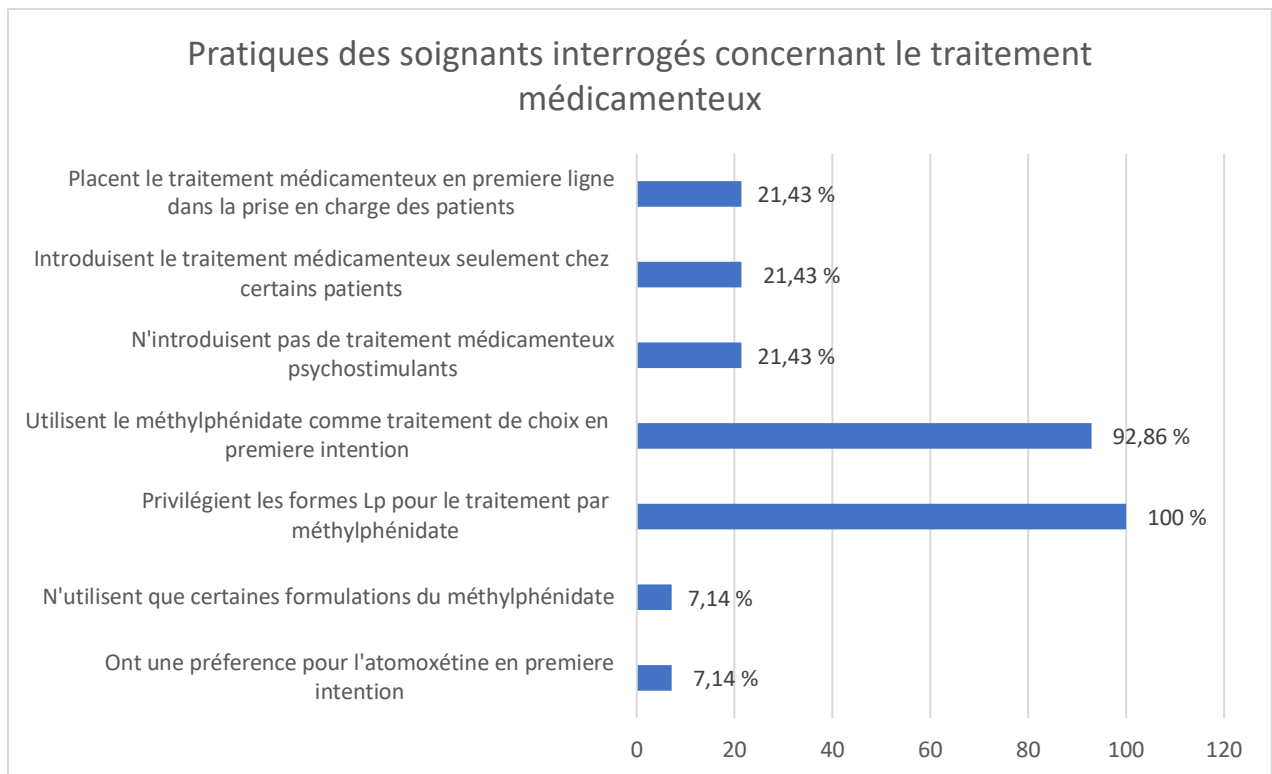
(P11) : « Je préfère utiliser des médicaments comme le Strattera, voilà c'est surtout ce médicament que j'ai utilisé. »

Pour l'ensemble des participants il semble important de trouver la bonne temporalité pour introduire le traitement médicamenteux. Ce qui ne veut pas dire attendre l'abstinence totale mais une régulation des consommations. La prise en charge des deux troubles (du TDA/H et des addictions) est importante.

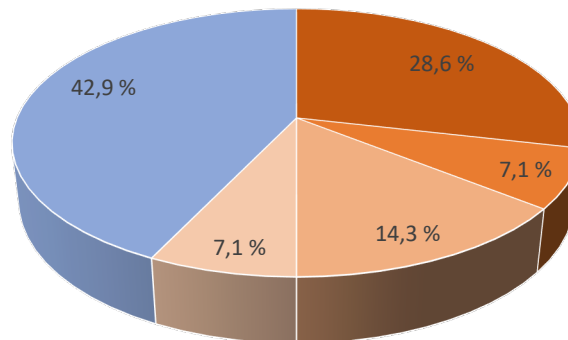
(P14) : « Ce qui est important c'est de ne pas introduire le traitement en phase aiguë de quoi que ce soit. Que ce soit d'une maladie psychiatrique ça évidemment ou quand vraiment il y a des consommations importantes. Ce n'est pas le moment où on va introduire le méthylphénidate, il n'y a pas d'urgence à l'introduire donc il faut que ça soit un moment on va dire stable. Ça ne veut pas dire sans consommations parce que les gens ne viendraient pas sinon. Mais quand ils ne sont pas défoncés. »

(P1) : « Après c'est comme tout diagnostic ça dépend de ce qui est au premier plan. Souvent les gens ils viennent pour une addiction puis finalement il y a un trouble psychiatrique associé et puis la prise en charge des deux permet de prendre en charges les comorbidités. »

(P10) : « Donc on traite d'abord les comorbidités et on les oriente et ensuite pour prendre en charge le TDA/H. En tout cas on n'attend pas forcément une abstinence totale mais au moins une stabilisation, le minimum possible, et dans une démarche assez durable de baisse des consommations. »



Place du traitement non pharmacologique dans les soins



- Ne disposent pas d'un carnet d'adresse ne savent pas vers qui orienter les patients
- Délais d'attente trop long
- Coût de la prise en charge trop élevé
- Non réalisable chez les patients non traités
- Inclus systématiquement la prise en charge psychothérapeutique dans les soins

E. Retour d'expériences des soignants concernant la prise en charge pharmacologique.

1. Craintes, peurs et difficultés des soignants.

Les soignants expriment des réticences à la mise en place d'un traitement par psychostimulants pour plusieurs raisons. D'une part car ils ne se sentent pas à l'aise avec la prescription ou se sentent gênés par les modalités de prescriptions.

(P1) : « Moi à l'heure d'aujourd'hui je ne me sens pas à l'aise avec cette question-là et encore moins avec la prescription de psychostimulant, donc c'est quelque chose qui manque peut-être dans ma palette de connaissance. »

(P9) : « J'ai des patients souffrant de conduites addictives. Est-ce qu'on initie comme le conseille le Vidal une libération immédiate et après on adapte en fonction de l'action prolongée ? Ou est ce qu'on débute directement par une action prolongée ? »

(P10) : « Ce qui me rend mal à l'aise c'est que la France n'a toujours pas autorisé d'autres spécialités à part la Ritaline en prescription, en primo-prescription chez l'adulte. Et ça c'est plutôt problématique parce que ben la Ritaline chez l'adulte ce n'est pas le mieux toléré d'après

ce qu'on sait. Parce qu'il a cinquante pourcents de formes à libération prolongée et cinquante pourcents pour la libération immédiate et chez l'adulte cela crée plus d'effets secondaires de palpitation, d'anxiété et c'est une cassure aussi plus vite dans la journée. On aimerait bien, enfin moi j'aimerais bien en tout cas que le Concerta, le Quasym et le Médikinet aient aussi cette autorisation de mise sur le marché parce que ça me rassurerait plus. Ça nous protégerait plus au niveau médico-légal. »

D'autres médecins craignent le risque d'abus ou de détournement des traitements.

(P11) : « Oui c'est pour ça que dès que je pouvais j'évitais de prescrire du méthylphénidate, parce que c'est un produit qui est reconnu par les usagers et qui on va dire est prédestinée au détournement, de part simplement le repérage du nom du médicament. »

(P8) : « Mais c'est vrai que jusqu'à il y a quelques mois, quelques années, j'avais quand même une réserve honnêtement, une crainte même de cette prescription qui était beaucoup utilisée en mésusages. »

(P9) : « Les patients que j'ai, souvent ce sont des patients qui ont plusieurs addictions. Dans le passé j'ai des patients à qui j'ai prescrit de la Ritaline et qui ont fait vraiment n'importe quoi. »

Certains médecins émettent une réserve au traitement par manque de preuve scientifique d'intérêts dans les populations de patients usagers de drogues.

(P11) : « Par la suite on a effectivement diagnostiqué des TDA/H mais dans toutes les études qui sortaient jusque-là les patients usagers de drogues étaient systématiquement exclus des études qu'on faisait sur l'explication en tout cas de ces pathologies. Donc finalement il y a très peu d'études qui aujourd'hui mettent en évidence l'association de ce diagnostic et de l'usage de substances à part la dernière dont on parle beaucoup et qui j'espère va entraîner la mise en place de plusieurs autres travaux. »

(P7) : « Moi j'en étais toujours un peu resté qu'il n'y avait pas de grosses études prospectives qui affirmaient que le traitement ça pouvait un peu protéger des addictions. »

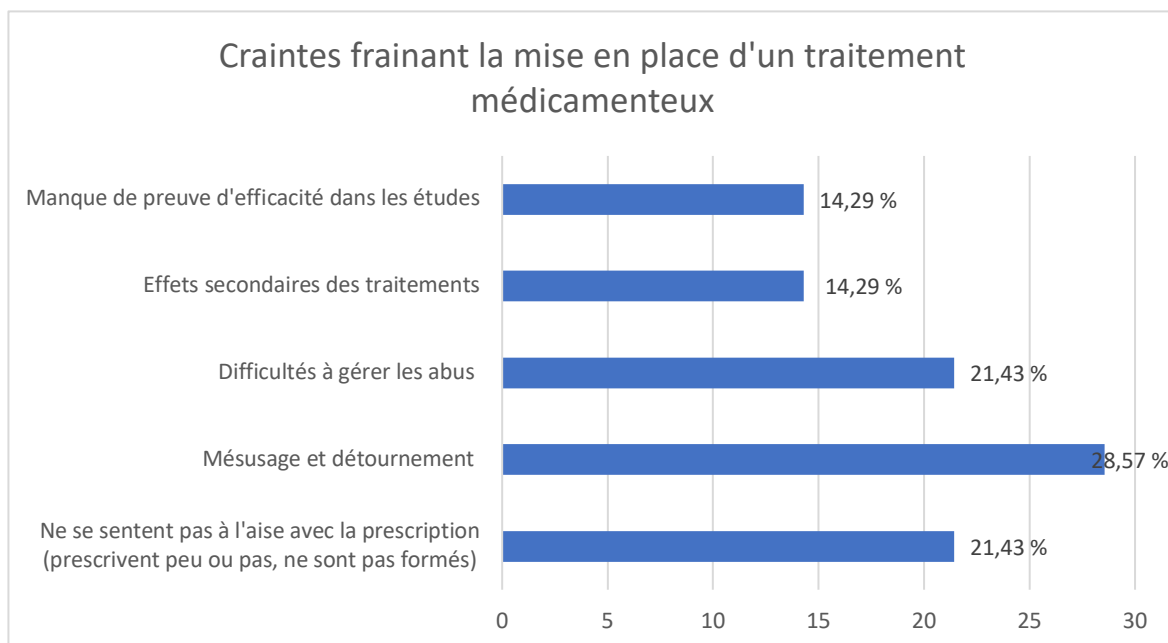
D'autres médecins encore redoutent les effets secondaires du traitement.

(P9) : « Je vois beaucoup d'adolescents qui viennent et qui ont eu un traitement méthylphénidate par le passé puis qui l'ont arrêté en raison des effets secondaires. »

Trois soignants confient avoir rencontré des difficultés à gérer les abus suite à la prise de traitement psychostimulants.

(P2) : « Un patient qui rentre dans les injections de Ritaline il peut s'injecter un nombre hallucinant de fois en une journée, trente ou quarante injections. C'est vraiment très difficile comme situation et ce n'est pas simple à sevrer. Et c'est vrai que j'ai vu des patients qui étaient en grande difficulté suite à un diagnostic de TDA/H avec consommation de Ritaline ou d'amphétamine. »

(P9) : « Par rapport aux patients bas seuil, on a pas mal de patients qui détournent la Ritaline et qui se l'injecte. Des patients consommateurs de cocaïne et qui se retournent vers la Ritaline avec un marché parallèle et ça fait des gros troubles du comportement. Il n'y a pas très longtemps ma collègue s'est faite menacée de mort par un patient qu'elle suit depuis longtemps qui est psychotique et qui voulait du méthylphénidate, parce qu'il avait utilisé tout son méthylphénidate et il en voulait encore. »



2. Des expériences variées.

Des médecins relèvent de véritables effets bénéfiques du traitement que ce soit sur le plan des consommations ou du TDA/H.

(P13) : « Il avait eu du Concerta. Je ne me rappelle plus le dosage mais ça lui avait permis de calmer toute cette hyperactivité cérébrale et il a quasiment plus consommé de la cocaïne après. »

(P10) : « Les patients sont vachement soulagés. Ça maintient le fait que sur les consommations ça marche. En tout cas ça les baisse ou ça stabilise les comorbidités dépressives et addictives. »

(P6) « J'ai eu deux patients quand j'étais à Paris qui ont été traités et qui ont rapporté un véritable soulagement, plutôt d'un côté l'hyperactivité, et qui cherchait à se sédaté avec pas mal de choses. L'autre était plus âgé, il avait une quarantaine d'années. Et lui en fait ce qu'il repérait c'était que depuis qu'il avait eu du Concerta, il se mettait moins en danger par rapport aux consommations, par rapports aux dangers relationnels. Il était moins impulsif dans ces relations avec les autres et ça le mettait moins dans des situations où il pouvait y avoir de la violence et des choses comme ça. »

Un médecin a également rapporté de bons résultats avec le Straterra.

(P11) : « Et donc la patiente chez qui la prescription de Straterra été plutôt bénéfique elle fumait, elle prenait du crack et donc du coup finalement l'usage est devenu moins fréquent, les quantités étaient moins grandes et l'état de santé s'est visiblement amélioré. »

Deux médecins rapportent que le traitement médicamenteux a permis une meilleure adhésion à la psychothérapie et à remédiation cognitive.

(P10) : « Quand on a introduit le méthylphénidate elle a réussi à mettre en place beaucoup plus de stratégies justement de remédiation cognitive, enfin qu'elle a appris en remédiation cognitive. »

(P13) : « Moi je pense qu'au début il faut quand même essayer tout ce qui est TCC et autres psychothérapies qui peuvent avoir un impact. Et ma petite expérience que j'avais au CHU, c'est que c'était très limité s'il n'y avait pas le traitement et que souvent le traitement permettait de passer la difficulté, de faire travailler la concentration en particulier pour les TCC. Et parfois en fait on pouvait être amené à diminuer les doses par ce que justement y'avait les TCC, et les autres thérapies qui prenaient le dessus. »

Trois soignants constatent des résultats mitigés concernant les traitements médicamenteux mais remettent dans ce cas en cause le diagnostic.

(P2) : « J'ai vu plusieurs patients qui décrivaient que leur vie avait changé sous traitement et après malheureusement y'en a aussi un certain nombre qui ont des complications variables des traitements, probablement que le diagnostic n'était pas trop fiable. »

Cinq médecins de notre échantillon rapportent globalement de mauvaises expériences avec les traitements psychostimulants, soit parce que les résultats escomptés n'étaient pas là, soit car ils ont constaté un mésusage médicamenteux.

(P11) : « Franchement je n'ai jamais vu de patient s'améliorer à long terme avec le méthylphénidate dans le trouble de l'usage de substances et en particulier avec l'usage de cocaïne. Par contre, j'ai vu quelques patients dont l'état de santé c'est très vite dégradé avec le méthylphénidate, en particulier en injection. »

(P2) : « On n'arrivait pas à équilibrer le patient et on objectivait des co-consommations de cocaïnes et des injections de Ritaline ».

(P9) : « J'ai à la fois des réticences et quelques mauvaises expériences. Il y a des patients à qui j'ai prescrit de la Ritaline qui ont vraiment fait n'importe quoi ».

Des effets secondaires marquants, que ce soit sur le plan psychiatrique ou somatiques font également partis des mauvaises expériences rapportées.

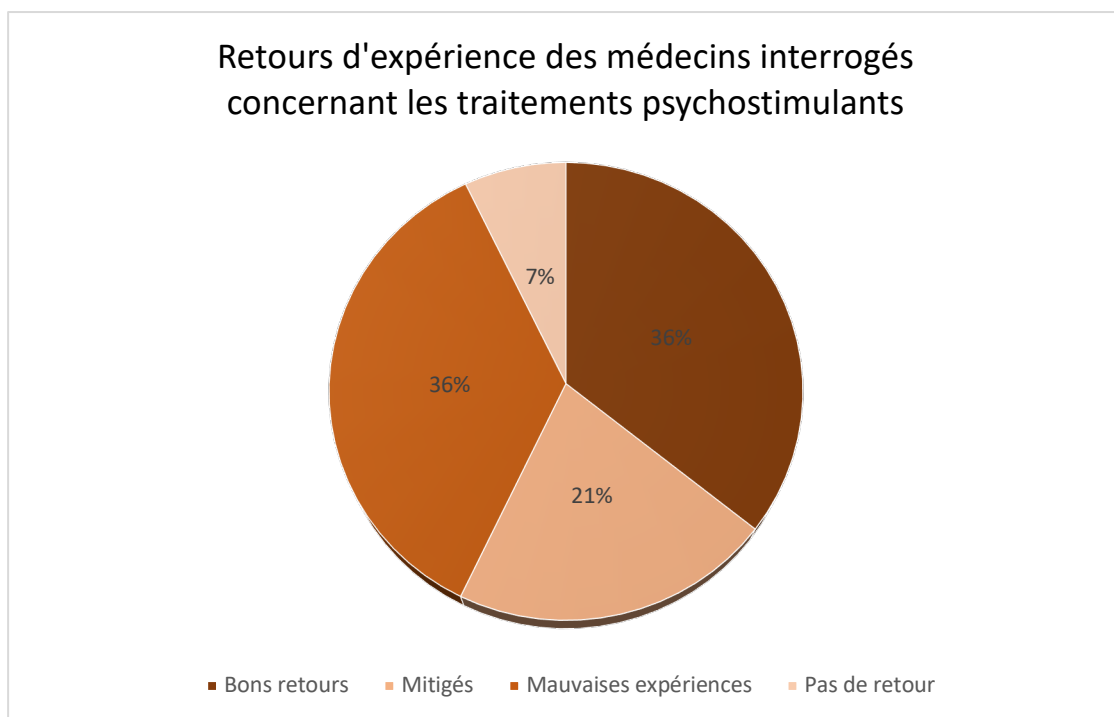
(P3) : « Il y a un épisode qui m'a marqué mais qui s'est mal passé en fait. C'est un patient qui était psychotique à qui j'ai prescrit du méthylphenidate parce que j'allais faire un diagnostic de TDA/H et en réalité il n'était pas très observant. Je pense qu'il l'a mélangé avec des choses et ça a fait flamber sa symptomatologie psychiatrique psychotique. Il a dû être hospitalisé en service de psychiatrie et j'ai plus eu de nouvelles après ça. Du coup j'ai une réticence pour des patients qui sont schizophrènes. »

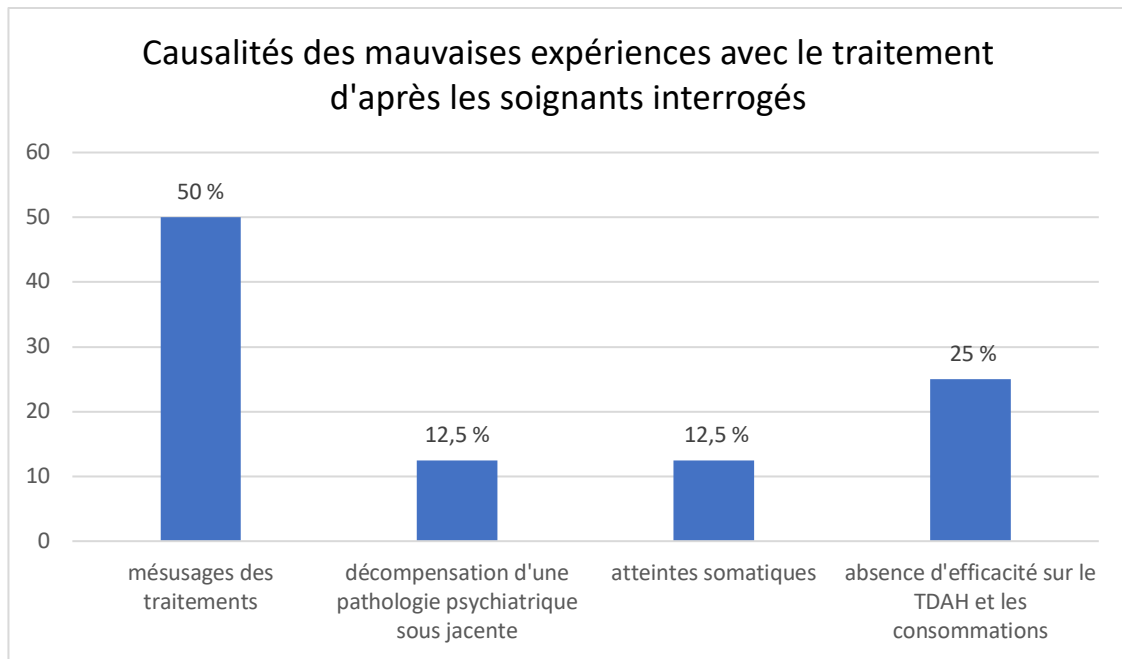
(P9) : « Donc là je l'ai mis sous méthylphénidate et là elle arrêtait la cocaïne mais elle était, elle avait perdue, je ne sais pas, vingt kilos. Et je l'ai faite hospitalisée pour la sevrer du méthylphénidate. »

Dans les cas où les retours d'expérience des soignants étaient négatifs il s'agissait souvent de patient présentant plusieurs diagnostics comorbides tels que des troubles psychotiques ou les troubles de l'humeur, ou encore de patients précaires.

(P7) : « Un patient compliqué parce qu'à mon sens pas mal de diagnostics se juxtaposaient. Ça allait au-delà de la pathologie duelle. »

(P12) : « C'est un patient précaire qui s'injectait de la cocaïne, il a pris de la Ritaline mais il la mésusait. Mais c'était une situation très précaire. »





F. Vers une amélioration des pratiques.

1. Les besoins et demandes des soignants.

L'ensemble des participants interrogés déplorent le manque de formation sur le TDA/H que ce soit durant l'internat ou durant les formations à des spécialisations.

(P5) : « Je pense qu'on pourrait peut-être en faire un peu plus et je pense que dans les enseignements d'addicto ça devrait en faire partie maintenant. On ne peut pas dire que c'est une pathologie de la récompense et ne pas l'inclure dans la formation d'addicto. »

Selon eux les formations manquent également dans l'apprentissage continu des médecins psychiatres et addictologues et des médecins généralistes.

(P9) : « Et en particulier les médecins généralistes, qui se retrouvent parfois, contraints à prescrire de la Ritaline à des patients. Voilà. Mieux informer. »

(P10) : « Maintenant ben je pense qu'effectivement hein c'est de former les médecins généralistes et d'aller former l'ensemble des CSAPA. »

(P2) : « Ça passe essentiellement par l'information et l'éducation des professionnels de santé. Le TDAH est relativement méconnu chez l'adulte alors qu'il est très prévalent. »

Un médecin juge nécessaire d'informer et de mieux former les soignants sur l'usage des traitements psychostimulants.

(P9) : « Peut être mieux former les thérapeutes à la prescription du méthylphénidate. Mieux informer les thérapeutes des indications du méthylphénidate et des effets indésirables. »

Plusieurs soignants aimeraient parvenir à démystifier le TDA/H au sein des équipes médicales.

(P6) : « Après moi ce que j'attendrais c'est que le débat soit un peu dépassionné. J'ai l'impression que c'est du tout ou rien et du coup ça me met en retrait en fait, ça à cet effet-là sur moi. C'est un peu caricatural. Enfin moi quand j'en parle avec mes collègues ça pousse à la caricature et ça me laisse un peu de côté. »

(P10) « À la fois il faut un peu se méfier parce qu'on sent qu'il y a un peu un effet de mode en ce moment, comme peut-être il y a dix-vingt ans c'était « tout le monde est bipolaire », puis après « tout le monde est borderline » et donc maintenant tout le monde est TDA/H ou hypersensible. C'est un peu les deux grandes thématiques du moment. Ceux sont des termes très particulier, des critères quand même très particuliers, donc c'est aussi de former. »

Certains souhaiteraient également démystifier le trouble auprès des médias afin de véhiculer des informations les plus justes possibles.

(P5) : « Les médias ont aussi un peu trop fait couler d'encre sur ça. Ce n'est pas parce qu'un gosse bouge, qu'il est hyperactif et qu'il doit prendre un traitement. »

(P10) : « Enfin voilà que les médias peut-être aussi arrêtent de saisir des termes qu'ils ne comprennent pas et qu'ils diffusent un peu mieux la parole. Voilà je n'ai rien contre les médias mais je pense qu'il faut qu'ils soient mieux formés aussi. »

Les soignants aimeraient parvenir à fournir une psychoéducation de qualité auprès des patients concernés pour lutter contre les idées préconçues.

(C) : « Pour en revenir sur ce que vous disiez sur les traitements. La peur des traitements. Qu'est ce qui leur fait peur dans le fait d'être traité aux patients ? (P14) : « C'est parce qu'ils pensent

que c'est un médicament qu'ils vont devoir prendre toute leur vie. Tous les jours. Et du coup comme s'ils allaient devenir addicts à ce traitement. Ça leur fait peur en fait. »

(P9) : « Mieux informer sur la clinique du TDA/H et proposer de la psychoéducation. »

Un médecin a émis l'idée qu'il serait nécessaire de former les enseignants et les professeurs.

(P10) : « Peut être aussi que mine de rien dans les écoles supérieures. Voilà ça m'est arrivé deux-trois fois que ce soit les profs qui demandent qu'il y ait un bilan TDA/H. Pas les parents ou les étudiants mais vraiment les profs qui ont fait cette demande donc ça c'est intéressant. »

Un médecin exprime qu'il faudrait renforcer l'accès aux prises en charges psychothérapeutiques.

(P2) : « Améliorer la prise en charge c'est aussi améliorer l'accès à des prises en charge psychothérapeutiques pour avoir plus accès aux problématiques. »

Deux participants souhaiteraient que la prise en charge des patients TDA/H usagers de drogue soit standardisée et les traitements médicamenteux protocolisés.

(P13) : « Si on standardise le début de la prise en charge déjà ça pourrait aider. »

(P6) : « Mais peut être que s'il y avait un cadre de prescription ça me rassurerait un peu plus. Et si j'avais un peu plus d'info sur ce côté-là je m'y risquerais un peu plus à m'autoriser les traitements. Des modalités. Comme si on prescrivait des benzodiazépines dans un sevrage ou de la méthadone. »

La notion de réseaux revient régulièrement dans les attentes des médecins afin de pouvoir coordonner les soins et adresser les patients.

(P5) : « J'aimerais bien avoir un peu plus de communication sur le réseau existant dans la région. Je trouvais que c'était plus facile dans les deux autres régions où je suis passée. »

(P2) : « Améliorer la prise en charge ça c'est à la fois l'accès à des centres de diagnostic, avec les attentes que l'on a. »

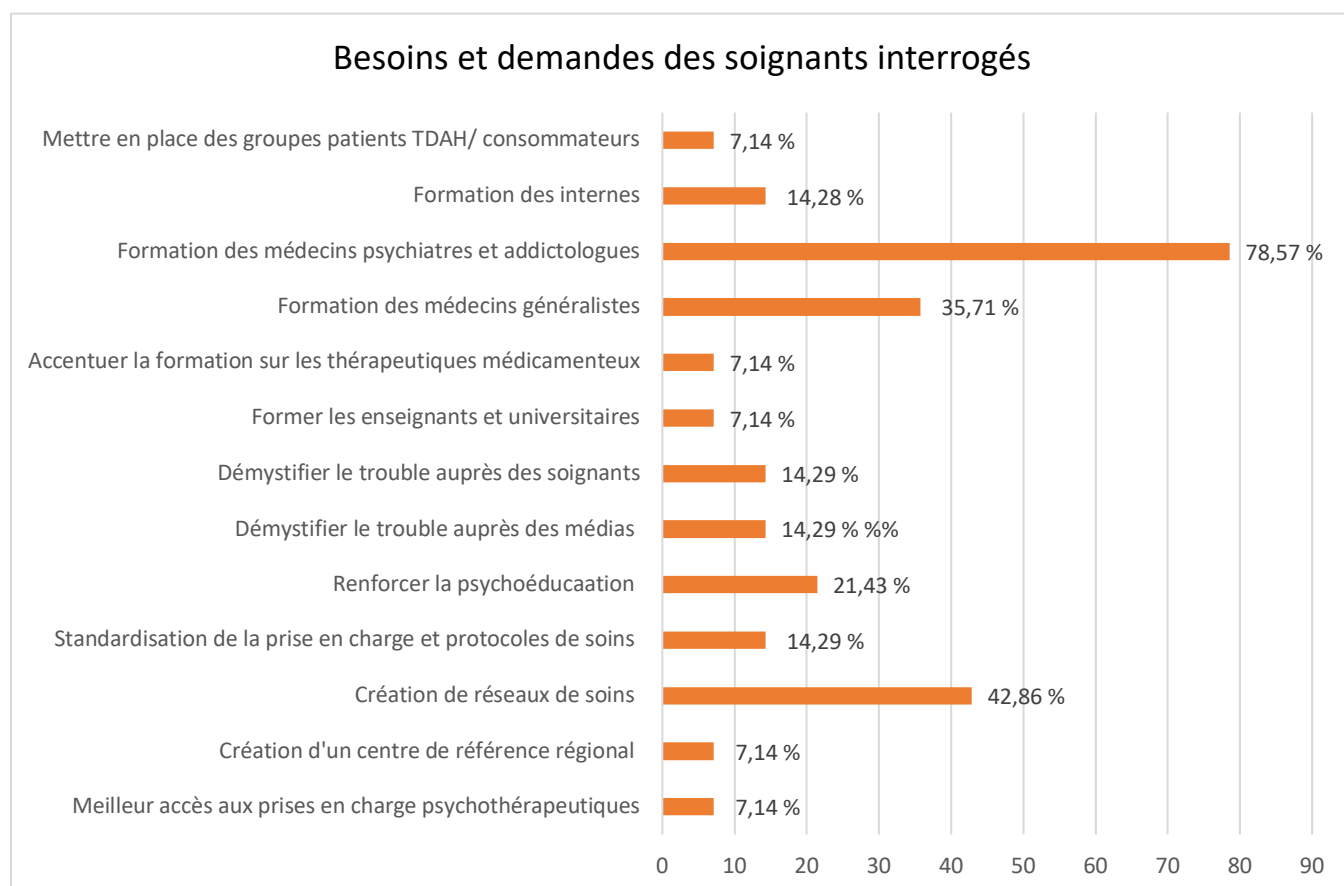
Ce réseau permettrait d'améliorer la prise en charge des patients en ayant plus d'options et de possibilités thérapeutiques.

(P14) : « Faire quelque chose de transversal avec les autres structures pour qu'on ait un panel de possibilité à proposer aux patients. »

(P8) : « D'avoir un réseau de soins ça permet quand même de renforcer les liens avec différents professionnels. Ça permet quand on est en difficulté dans une prise en charge de réfléchir ensemble et de voir comment on peut améliorer les choses. »

Un participant appuie la création d'un centre de référence régional.

(P5) « C'est la fameuse question qui reste planer. C'est-à-dire à quand on créera des centres experts TDA/H au niveau régional ? Je pense que la question elle est là. Je pense que ce serait une bonne chose de voilà, je ne dis pas qu'il en faut dans toutes les villes mais un centre régional. »



2. Les perspectives d'évolution.

Des soignants se forment sur le TDA/H pour mieux appréhender le trouble.

(P14) : « J'ai eu envie de me former et j'ai fait une petite formation en deux mille dix-huit. Dans un congrès de psychiatrie c'était une formation de quatre heures sur le TDA/H. »

(P3) : « Je me suis un peu formée, avec des lectures, les congrès. »

Dans deux services le recrutement de personnels soignants formés sur le TDA/H se met en place.

(P10) « Il va y avoir un recrutement d'une neuropsychologue justement aussi pour développer le TDA/H. Ce qui devrait être bien pour faire les bilans neuropsychologiques qui sont parfois nécessaires pour éliminer certains troubles ou diagnostics et qui pourraient compléter aussi le bilan du TDA/H. Elle devrait arriver ce mois-ci. »

(P5) : « On a la chance d'avoir une neuropsychologue maintenant qui peut faire passer les tests comme la DIVA. »

Trois soignants ont adhéré la coordination nationale du TDA/H.

(P10) : « Je fais partie de la coordination nationale du TDA/H. En tant qu'interne j'avais pu participer grâce au service et je me suis mise dans la mailing list quand j'ai été chef. »

La mise en place de cours dédiés au TDA/H dans le cursus de psychiatrie et au sein des formations d'addictologie.

(P10) : « J'animais quand j'étais au CHU, et je vais être encore là coordinatrice du séminaire d'addictologie pour les internes. Et j'ai inclus depuis deux ans un petit cours d'une demi-journée sur le TDA/H dans le séminaire d'addictologie. Ça c'est à ma petite échelle. Voilà ce que j'ai fait pour la formation des futurs psychiatres au niveau local. »

Trois médecins participent à des groupes cliniques sur le TDA/H au sein des CSAPA.

(P14) : « C'est ce qu'on essaye un petit peu de faire. C'est d'essayer de se former le plus possible, d'avoir un réseau de professionnels différents. Des personnes ressources. »

Certains soignants sont également en relation avec les équipes de professionnels formés, notamment celle de l'hôpital de la Conception sur Marseille et peuvent adresser les patients.

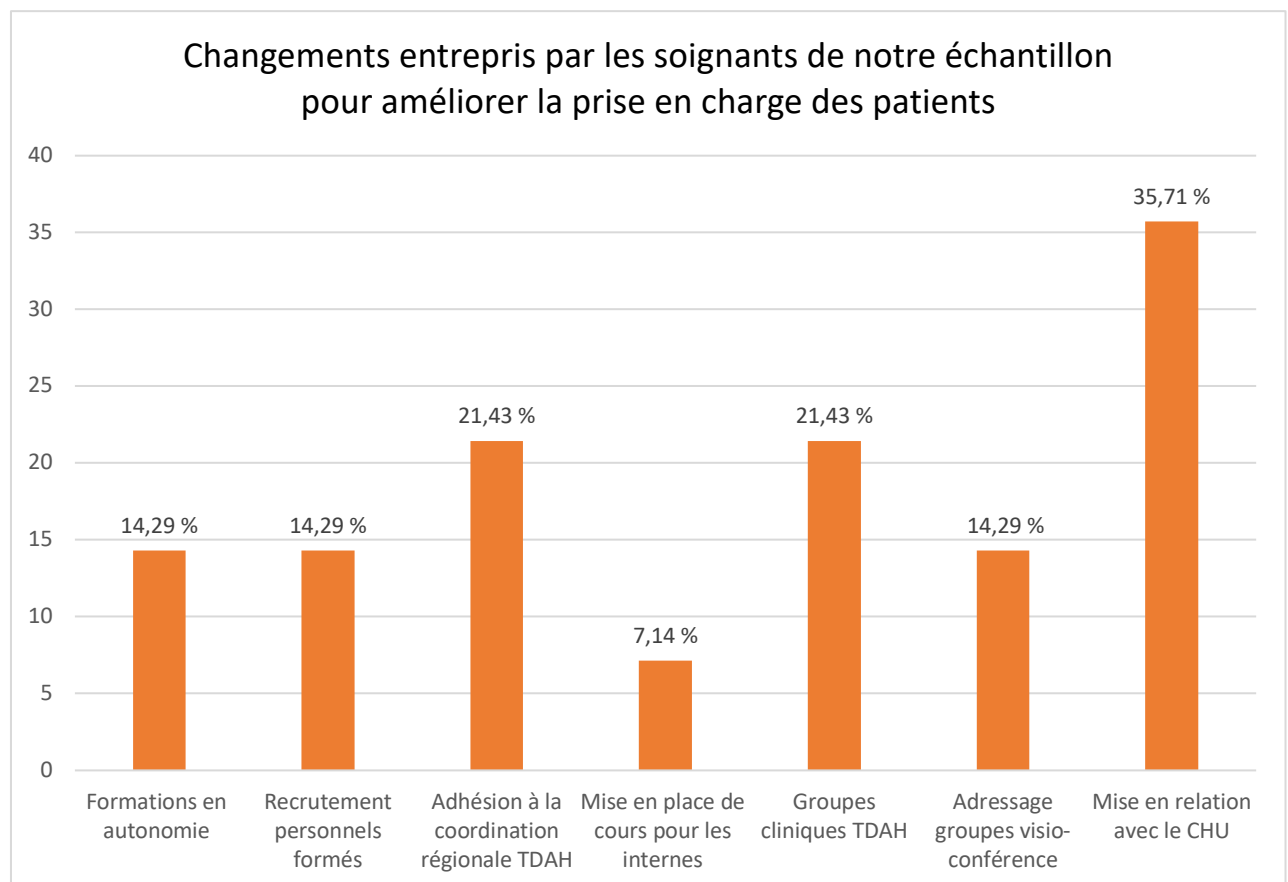
(P1) : « Je connais un petit peu les gens qui travaillent chez (nom du professeur) et il y a une consultation dédiée. Donc là effectivement enfin je les appelle et puis je vois un petit peu avec eux pour les orienter pour faire un bilan, sur l'hôpital de la Conception ».

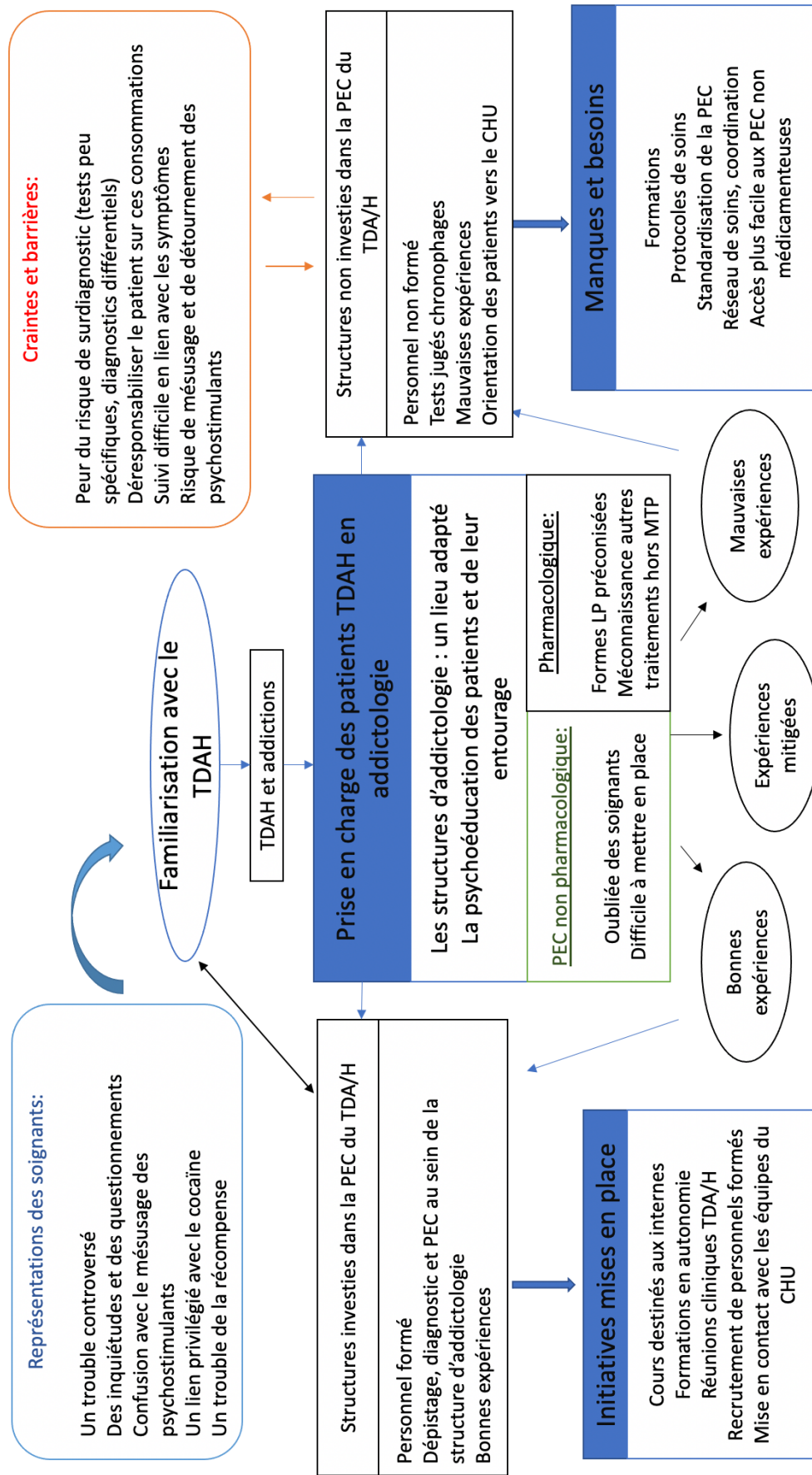
(P9) « J'oriente essentiellement sur les psychologues du service de la Conception. Il y a des groupes de psychoéducation. Moi je les oriente volontiers sur les groupes de psychoéducation. »

Deux professionnels adressent les patients sur des groupes en visio-conférence destinés aux patients TDA/H. Cela permet un accès aux soins simple et rapide pour les patients.

(P10) : « Quand j'étais au CHU j'adressais tous les patients parce qu'il y avait un groupe de remédiation cognitive qui était ouverts en visio gratuitement. Donc maintenant tous les patients qui sont diagnostiqués, même si je suis plus au CHU, je leur donne le flyer en fait pour qu'ils puissent participer en visio ».

(P14) : « Il y a l'éducation thérapeutique en zoom chez le professeur (nom du professeur) ».





Synthèse des résultats

3. Interprétation des résultats.

a. Forces et faiblesses de l'étude :

Les forces de l'étude :

La première force de cette étude est qu'elle s'intègre dans un sujet d'actualité. Si la littérature fournit depuis une vingtaine d'années des données sur les liens existants entre le TDA/H et le trouble de l'usage des substances, les études concernant la prise en charge des patients TDA/H en addictologie sont plus rares. De plus il n'y a jamais eu à ce jour, à notre connaissance, d'étude menée auprès des médecins addictologues concernant la prise en charge des patients TDA/H en France au sein des structures d'addictologie.

La seconde force de cette étude est son caractère multicentrique. Se limiter à une ou deux structures aurait majoré le biais de sélection et n'aurait donc pas permis de répertorier autant de points de vue et d'expériences. Notre but était de nous intéresser à un maximum de pratiques afin de dresser un état des lieux de ces dernières et de fournir une photographie des différentes prises en charge à l'échelle de notre département.

Le choix de la méthode qualitative constitue également une force car elle a permis l'analyse d'expériences subjectives ce qui n'aurait pas été réalisable avec une approche quantitative.

Enfin, les personnes encadrant cette étude ont permis la triangulation des informations renforçant ainsi la validité interne de l'étude.

Les limites de l'étude :

Il existe un biais de recrutement, et plus précisément un biais de volontariat lié au fait que les caractéristiques des personnes volontaires pour participer à l'étude puissent être différentes de celles des personnes n'ayant pas souhaité nous rencontrer. En effet les médecins réticents à la participation auraient pu exprimer d'autres points de vue et avis que ceux des médecins volontaires. Malgré un rappel par e-mail puis par téléphone, certains médecins ont déclaré ne

pas avoir le temps ou ne pas avoir grand-chose à dire sur le sujet. Il est alors possible qu'un biais de participation existe car l'implication des médecins dans cette étude est certainement liée à leur intérêt pour le sujet.

Un biais d'investigation a probablement été induit par notre manque d'expérience dans la réalisation des entretiens semi dirigés. La neutralité dans les questions était primordiale afin de ne pas influencer les médecins interrogés mais n'est pas toujours simple pour les investigateurs inexpérimentés. Toutefois l'élaboration d'un guide d'entretien s'appuyant sur les données de la littérature a certainement pu aider à limiter ce défaut de neutralité.

Enfin un biais de recueil existe car les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, ce qui pouvait engendrer une retenue chez les interviewés. Et dans la majorité des cas, une fois l'enregistrement éteint, les médecins ajoutaient des commentaires ou précisaient certaines réponses. Ces données n'ayant pas pu être retranscrites, cela constitue un biais de recueil.

b. Discussion :

Un trouble controversé :

Bien que le TDA/H chez l'adulte soit maintenant documenté dans les études de génétique, d'imagerie ainsi que dans les essais cliniques, le scepticisme à propos de ce trouble existe toujours, et cela même au sein du corps médical. Cette controverse pourrait être rattachée à la démarcation entre la normalité (c'est à dire le spectre de la diversité humaine dans la norme) et le pathologique. De plus deux visions s'opposent, d'une part la conception psychiatrique du trouble basée sur une démarche médicale et neurophysiologique, d'autre part celle des modèles psychodynamiques issus des courants de la psychanalyse.

L'existence du TDA/H est même remise en question par certains auteurs qui vont jusqu'à parler « d'épidémie de TDA/H » (154). D'après eux, si l'hyperactivité et l'impulsivité existent bel et bien, l'ancienne instabilité ou hyperkinésie de l'enfant, a quant à elle, été transformée au fil du temps en trouble pharmaco-induit. Le TDA/H est qualifié de diagnostic « fourre-tout », en lien avec les nombreux facteurs de confusion existants. Les opinions divergent dans

notre échantillon d'étude concernant le sujet et si certains participants craignent un surdiagnostic du trouble dans la population adulte, d'autres au contraire pensent que le TDA/H est sous-diagnostiqué. Cette constatation n'est pas présente seulement en France. D'après une étude australienne réalisée auprès de médecins généralistes, 55% ferait état d'un surdiagnostic du TDA/H au sein du corps médical (155). A contrario, une autre étude réalisée au Royaume-Uni révèle que plus de la moitié des médecins généralistes interrogés considèrent que le TDA/H est sous-diagnostiqué (156). Cette controverse met à mal certains soignants et induit chez la plupart d'entre eux, comme c'est le cas des participants de cette étude, un sentiment négatif (inquiétudes, interrogations, sensations d'un manque de connaissances) quand le trouble est évoqué, ainsi qu'au contact des patients. Si le TDA/H peut effrayer rien que par sa nomination, c'est en partie parce que les soignants ne sont pas formés à son repérage, à son diagnostic et à sa prise en charge. Cette étude révèle que la quasi-totalité des soignants interrogés n'ont bénéficié d'aucune formation sur le sujet. Les plus familiarisés avec le trouble le sont par intérêt personnel (par des lectures, congrès et formations en autonomie) ou suite à des stages effectués en service de pédopsychiatrie ou de pédiatrie durant leurs cursus. L'idée selon laquelle le TDA/H est un trouble présent uniquement chez l'enfant est encore bien ancrée dans l'esprit de certains soignants et nécessite d'être éclairée. En effet, comme nous l'avons évoqué dans la première partie de cet ouvrage, les études longitudinales suggèrent un taux de persistance du TDA/H de l'enfance à l'âge adulte d'environ 40 à 50% (13). Si la dimension hyperactivité / impulsivité a tendance à diminuer ou s'internaliser et être moins bruyante, les symptômes attentionnels semblent, quant à eux, davantage perdurer au cours du temps.

TDA/H et addiction : une double formation nécessaire.

Il est désormais établi que les personnes présentant un trouble de l'usage de substances sont plus touchées par le TDA/H que le reste de la population générale. La prévalence du trouble chez les sujets présentant un ou plusieurs troubles de l'usage de substances est estimée à 23,1% (18). Les demandes et questionnements des patients concernant le TDA/H poussent les soignants à se documenter et à entreprendre des formations dédiées. Cependant le diagnostic n'est pas toujours aisé et nécessite une formation ainsi qu'une certaine expertise afin d'éliminer les diagnostics différentiels et de rechercher les comorbidités associées. Cela est

d'autant plus vrai en addictologie où la distinction entre les symptômes en lien avec une intoxication aiguë aux substances, les signes de sevrage et la présentation clinique du TDA/H n'est pas simple. Un suivi régulier du patient et donc nécessaire ainsi qu'une maîtrise de la clinique du TDA/H et de celle des addictions. De plus, des stratégies d'adaptation sont développées par les patients au fil des années et peuvent masquer les symptômes. Les hétéroquestionnaires tels que la DIVA sont utiles au diagnostic, mais ne doivent pas remplacer un entretien clinique détaillé. Cependant, ces questionnaires peuvent être peu spécifiques s'ils ne sont pas correctement réalisés par l'investigateur. Ils sont jugés chronophages par les professionnels de santé ce qui constitue un frein à leurs réalisations. De même le recueil rétrospectif des symptômes n'est pas toujours aisé dans la population adulte. Dans ce cas, il est pertinent de s'appuyer sur le témoignage des proches (123) et sur les relevés scolaires (124). La littérature recommande une formation dédiée au double diagnostic de TDA/H et de TUS (53).

Un autre point doit être soulevé, il s'agit de l'association faite par les soignants entre le TDA/H, l'usage de cocaïne et les effets paradoxaux qu'il peut engendrer. Pour certains médecins, la cocaïne est même étiquetée comme une substance de choix chez les personnes atteintes de TDA/H. Cependant, il faut noter qu'en dehors d'avis d'experts qui pointent l'effet apaisant de la cocaïne chez les sujets TDA/H (contrairement à son action stimulante habituelle) (65), la littérature ne fournit pas de preuve d'une association préférentielle entre la substance et le trouble. Une association négative entre la cocaïne et le TDA/H a même été rapporté dans une étude (18). De plus, si la cocaïne peut avoir un effet apaisant chez des personnes atteintes de TDA/H, cet effet pourrait concerner seulement une sous-population des patients présentant ce trouble et ne doit pas être décrit comme pathognomonique (125).

Accompagnement du patient et de ses proches.

Une difficulté supplémentaire en addictologie consiste à trouver le juste milieu entre nommer ce qui va permettre de déculpabiliser le patient (en fournissant à travers l'éducation thérapeutique des explications adaptées vis-à-vis du fonctionnement du sujet, de son impulsivité et de ses conduites addictives), sans pour autant déresponsabiliser la personne sur ses consommations de substances. Les soignants placent la réassurance et la psychoéducation

comme points les plus importants de la prise en charge médicale. Cependant, certains médecins craignent que le diagnostic de TDA/H ne soit perçu comme un élément pouvant justifier les conduites addictives. Il serait intéressant de recueillir l'avis des patients sur le sujet dans un nouveau travail d'étude.

Un médecin a également souligné l'importance de l'inclusion des proches dans la prise en charge des patients, d'autant plus quand il s'agit de jeunes consommateurs. L'environnement constitue un facteur d'initiation, de maintien et de rechute des conduites addictives et le soutien des proches est un des facteurs prédictifs de la trajectoire évolutive des consommations. En effet, les proches jouent un rôle dans le processus de réadaptation du consommateur mais doivent pouvoir eux-mêmes bénéficier de soutien. L'accompagnement de l'entourage vise à apprendre à communiquer de manière adéquate, établir des limites et briser l'isolement sans s'hyper-responsabiliser (157). Le TDA/H peut lui aussi être un trouble éprouvant pour l'entourage, induisant des perturbations du fonctionnement familial et conjugal. Ainsi, l'épuisement et la souffrance des proches ne doivent pas être minimisés par les professionnels de santé, surtout dans le cas des pathologies duelles. Des aides existent sur le plan addictologique comme le programme « ETAPE » (Éducation Thérapeutique Addiction Patient Entourage) destiné à l'entourage des usagers, engagés ou non dans des soins. Il vise à réduire la souffrance des proches, à augmenter leurs compétences en matière de communication et aide à l'accompagnement vers le changement (158). Certaines associations comme « Hyper super TDA/H France » proposent des groupes de soutien durant des réunions locales et des rendez-vous entre pairs, délivrent de l'information aux familles via des supports papiers ou informatiques et disposent d'une permanence d'écoute téléphonique pour les proches des patients souffrant de TDA/H.

Réflexion autour des stratégies de prises en charge :

Les prises en charge varient en fonction des équipes et des lieux de soins. La place des traitements médicamenteux est débattue au sein du corps médical. Certains soignants placent la pharmacothérapie en priorité, selon eux l'adhésion aux psychothérapies est jugée trop complexe si le patient n'est pas traité. Pour d'autres, l'évaluation doit être prolongée sur la

durée afin de limiter les risques de mésusage et de détournement des traitements. D'autres encore font le choix de ne pas prescrire de psychostimulants.

Certains articles de la littérature préconisent une phase de sevrage avant l'introduction d'un traitement médicamenteux, ce qui permettrait une évaluation précise des symptômes du TDA/H ainsi que leur prise en charge (132). Cependant, les personnes en demande de soin sur le plan addictologique consultent généralement car elles éprouvent des difficultés à diminuer leurs consommations. Le sevrage peut donc s'avérer compliqué. Un séjour hospitalier peut être proposé à ces patients si le TUS, ou les comorbidités associées, sont sévères et le nécessite. Ce temps hospitalier peut être propice à l'instauration d'un traitement médicamenteux pour le TDA/H. Autrement, un traitement pragmatique par psychothérapie au préalable pourrait cibler les symptômes qui se chevauchent et qui découlent des deux affections. Des stratégies apprises lors de psychothérapies telles les thérapies de « résolution de problèmes » (pierre angulaire dans de nombreux programmes de thérapies cognitivo-comportementales) permettent d'anticiper et de désamorcer les situations difficiles avant qu'elles ne se transforment en problèmes susceptibles de déclencher une consommation de substances. Les personnes souffrant de TDA/H et de TUS sont particulièrement susceptibles d'avoir des déficits en matière de résolution de problèmes. Par conséquent, la pratique répétée de cette stratégie aide non seulement à réduire le risque de rechute, mais aussi à développer des compétences applicables dans d'autres domaines de la vie (136). Malheureusement, les traitements non pharmacologiques sont souvent oubliés des médecins, car ils sont difficiles à mettre en place dans de brefs délais ou parce qu'ils présentent un coût trop élevé pour une partie de la population suivie. Le remboursement des prises en charge non médicamenteuses pourrait aider à pallier ce manque. La psychothérapie étant primordiale, d'autant plus chez les personnes ne souhaitant pas de traitement pharmacologique.

Un soignant a également évoqué l'intérêt des autres interventions non médicamenteuses telles que le coaching individuel, les entraînements de compétences structurées et les thérapies basées sur la pleine conscience. Cependant, à ce jour, il n'existe pas d'étude publiée évaluant la place de ces interventions dans le cadre de la comorbidité du TDA/H et des TUS. Il serait intéressant d'explorer ces thérapies à travers de nouvelles études cliniques.

De plus, la question de la pluridisciplinarité dans les soins porte à discussion chez ces patients qui présentent des difficultés à honorer les rendez-vous. La multiplication des intervenants

peut éloigner les patients du soin. Ainsi, la prise en charge sur des unités de type hôpital de jour pourrait s'avérer intéressante. En addictologie, l'hôpital de jour est une offre hospitalière de soins qui se situe entre l'hospitalisation complète et les consultations externes. Il est destiné aux sujets relevant de troubles de l'usage de substances. L'hôpital de jour propose des soins comprenant la préparation au sevrage, l'aide au maintien de l'abstinence, le soutien aux malades et la réduction des risques et des dommages. Chez les patients présentant un diagnostic de TDA/H et de TUS comorbide il permettrait une évaluation clinique des deux troubles par différents professionnels exerçant sur un même site. De plus, l'hôpital de jour pourrait aider à l'élaboration de bilans et de projets thérapeutiques individualisés, le suivi à moyen et long terme des patients, la gestion des crises, l'accompagnement des familles ainsi que l'instauration de soins spécifiques tels que la réalisation de sevrages ambulatoires ou la mise en place de traitements de substitution aux opiacées. Dans les cas où le trouble de l'usage de substances et/ou les comorbidités sont trop sévères pour être pris en charge en ambulatoire, une hospitalisation à temps complet peut s'avérer nécessaire. Cette fenêtre de soin peut aider au sevrage ou à la diminution des consommations et permettre l'introduction d'un traitement médicamenteux pour le TDA/H, tout en effectuant une surveillance régulière de ce dernier.

Difficultés et demandes des soignants.

Les retours d'expérience des soignants concernant l'usage des traitements psychostimulants sont mitigés. Certains estiment ne pas avoir été confrontés à des difficultés particulières puisque, selon eux, le cadre de prescription était respecté et la surveillance thérapeutique rigoureuse. D'autres font part d'expériences difficiles, en lien avec un mésusage ou un détournement médicamenteux. La difficulté se retrouve également dans le cadre de patients présentant une ou plusieurs comorbidités psychiatriques, celles-ci pouvant être décompensées par les traitements psychostimulants.

Les craintes de mésusage et de détournement constituent les principales réticences à la prise en charge des patients présentant un TDA/H par les médecins addictologues. En effet, le méthylphénidate est classé dans l'annexe II des substances contrôlées avec un potentiel d'abus. La littérature fournit des avis controversés concernant le mésusage des

psychostimulants chez les personnes traitées pour leur TDA/H. Certaines sources mettent en avant que les adultes présentant une comorbidité TDA/H-TUS ne font pas particulièrement un mauvais usage ou ne détournent pas leurs médicaments, surtout si la forme à libération prolongée est utilisée (146). Une autre étude réalisée aux États-Unis comprenant 4297 sujets adultes rapporte une prévalence du mésusage des psychostimulants prescrits au cours de l'année précédente d'environ 2 % seulement (dont 4,3 % chez les 18 à 25 ans et 1,3 % chez les 26 à 49 ans) (159). A contrario, une étude plus récente, mais cependant moins puissante, réalisée auprès de 554 étudiants californiens a révélé des chiffres bien plus élevés concernant l'utilisation illicite de stimulants sur ordonnance, en effet 18 % des étudiants ont déclaré s'être livrés à cette pratique (160). Toutefois, la confusion entre le TDA/H et l'abus de psychostimulants mérite d'être éclaircie. S'il est vrai que les patients atteints du trouble peuvent faire un mauvais usage de leur traitement, l'utilisation non médicale de psychostimulants dans la population générale n'est pas forcément évocatrice d'un TDA/H sous-jacent.

Dans notre étude, l'ensemble des participants semblent accorder de l'importance au respect des règles de prescription des psychostimulants. Les formes à libération prolongée sont préconisées et celles à libération immédiates ne sont pas prescrites. Certains soignants estiment ne pas être correctement informés des modalités de prescription et préfèrent orienter les patients vers des médecins ou des structures plus habilités dans la prise en charge des patients TDA/H. Pour d'autres, la réglementation médico-légale qui encadre les prescriptions est jugée trop stricte et constitue un frein à la mise en place des traitements. En effet, les médecins généralistes et les médecins addictologues (n'étant pas psychiatres) ne peuvent pas, à ce jour, initier de prescription de psychostimulants. De plus, un élargissement de la réglementation qui encadre la prescription des spécialités à base de méthylphénidate (Concerta, Quasym et Medikinet) est appuyé par certains médecins qui constatent plus d'effets secondaires chez les patients traités par la Ritaline que par d'autres spécialités comme le Concerta. Cette donnée n'est cependant pas retrouvée dans la littérature (161). Il existe également une confusion dans l'esprit de certains soignants interrogés concernant les différentes spécialités de traitements à base de méthylphénidate (dénominations communes internationales et noms commerciaux des traitements). Nous avons aussi relevé que les

traitements non stimulants tels que l'atomoxetine étaient rarement évoqués et semblaient méconnus.

Certains professionnels de santé ont déjà mis en place des mesures et des initiatives afin de pallier au manque d'informations et de formations. Il peut s'agir de l'encadrement de cours destinés aux internes axés sur le TDA/H de l'adulte, du recrutement de personnels formés au TDA/H au sein des structures de soins d'addictologie (notamment de neuropsychologues), de l'adhésion à des associations comme la coordination nationale du TDA/H ou de la création de réunions cliniques dédiées à la prise en charge des patients TDA/H.

Les demandes des soignants afin d'améliorer la prise en charge des patients reposent sur la mise en place de formations axées sur le TDA/H de l'adulte, la création de réseaux de soins, la protocolisation des soins médicamenteux et l'autorisation d'initiation à la prescription de traitements psychostimulants pour les addictologues. Nous portons l'espoir, à travers ce travail, d'avoir fourni de la documentation et des réponses aux interrogations des professionnels de santé, psychiatres, addictologues mais aussi à toutes les personnes s'intéressant à la comorbidité du TDA/H et du trouble de l'usage de substances.

Nous allons à présent nous pencher sur les perspectives d'amélioration possibles.

c. Perspectives d'amélioration

<u>Besoins :</u>	<u>Actions à mettre en place :</u>
<p>1)</p> <p>Améliorer le repérage du TDA/H et la prévention de ses comorbidités (TAG, trouble de l'humeur, TUS) en population générale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de formations générales sur le TDA/H de l'adulte pour les acteurs de premier recours : <ul style="list-style-type: none"> - Dans le milieu de la santé : médecins généralistes, addictologues, psychiatres, médecins du sommeil, psychologues, infirmiers scolaires - Dans le milieu scolaire : professeurs et universitaires • Objectif : <ul style="list-style-type: none"> - Mieux appréhender le TDA/H - Connaître ses impacts fonctionnels - Comprendre et identifier ses manifestations en milieu scolaire - Orienter les parents et les élèves vers des soins
<p>2)</p> <p>Améliorer le repérage du TDA/H chez l'adolescent et les adultes au sein des structures d'addictologie.</p> <p>Diminuer les confusions entre le mésusage, le détournement de psychostimulants et le TDA/H.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de formations axées plus spécifiquement sur la comorbidité entre le TDAH et le trouble de l'usage de substances afin de pouvoir : <ul style="list-style-type: none"> - Apprendre les méthodes de dépistage du TDA/H en addictologie (connaître les subtilités cliniques entre le TDA/H, les signes d'intoxication aiguë aux produits et les symptômes du syndrome de sevrage) - Éliminer des diagnostics différentiels - Rechercher les comorbidités associées - Évaluer l'impact du TUS sur le TDA/H et du TDA/H sur le TUS - Mettre en place les différentes thérapeutiques possibles - Instaurer un traitement médicamenteux et expliquer les risques qui en découlent aux patients • Inclusion dans le programme des cours de DESC, FST et DU d'addictologie d'un module sur le TDA/H et les addictions.

<p>3)</p> <p>Améliorer la formation des internes sur le TDA/H de l'adulte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instauration de cours pour les internes en psychiatrie et médecine générale axés sur le TDA/H de l'adulte.
<p>4)</p> <p>Renforcer la prévention à l'usage de substances dans les collèges et lycées.</p> <p>Accentuer la vigilance lors de la sortie du système scolaire et du passage à l'âge adulte concernant les addictions et le TDA/H.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instauration et renforcement de la prévention concernant l'usage de substances dans les collèges et lycées, axée sur : <ul style="list-style-type: none"> - La connaissance des effets des substances sur la santé et le psychisme - Le développement de compétences sociales pour se tenir à distance des critiques et de la pression sociale pouvant amener aux consommations. - La mise en place d'actions pédagogiques et éducatives dans les parcours éducatifs - Informer sur les recours au soin possible à l'intérieur et à l'extérieur des écoles
<p>5)</p> <p>Favoriser des interventions précoces qui visent les adolescents et les jeunes adultes au sein des structures d'addictologie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplier les consultations jeunes consommateurs (CJC) : <ul style="list-style-type: none"> - Visent la prévention, la réduction des risques et les soins chez les usagers de drogues jeunes susceptibles de développer une ou des addictions - Permettent de prévenir l'apparition de comorbidités psychiatriques, somatiques, sociales et professionnelles - Composées de médecins, infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux <p>La coordination des soins peut être assurée par un psychiatre addictologue.</p>

<p>6)</p> <p>Accroître l'accès aux prises en charges psychiatriques, addictologiques et psychologiques sur un même lieu pour les patients TDA/H usagers de drogues.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la création de structure de type HDJ (hôpitaux de jour) permettant d'évaluer et de prendre en charge les patients TDA/H usagers de substance sur un même lieu. • Création de modèles type « intégration des programmes » : <ul style="list-style-type: none"> - Plan de traitement dispensé par la même équipe - Prise en charge des deux troubles de manière simultanée sur un seul lieu. - Centralisation des soins en évitant les contradictions entre les équipes soignantes.
<p>7)</p> <p>Permettre et encourager l'accès au soin non médicamenteux pour les patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer le remboursement des prises en charges non pharmacologiques.
<p>8)</p> <p>Favoriser l'accès aux traitements médicamenteux au sein des structures d'addictologie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Habilitation des addictologues au même titre que les psychiatres, neurologues et pédiatres à l'initiation des traitements du TDAH.
<p>9)</p> <p>Création de réseaux de soin afin d'assurer la continuité et la qualité de l'accompagnement des patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion aux groupes et associations existants : <ul style="list-style-type: none"> - Coordination Nationale TDA/H adultes - Hypersupers TDA/H France - TDA/H PACA - TDA/H Partout pareil - Typik' Atypik - Fédération française d'addictologie - Addictolib - Association française de psychiatrie biologique neuropsychopharmacologiques - Collège Professionnels des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière

	<ul style="list-style-type: none"> • Création de carnets d'adresses comprenant les différents professionnels intéressés par le TDA/H au niveau régional. • Mise en contact avec les professionnels exerçant au CHU spécialisé dans le TDA/H.
<p>10)</p> <p>Encourager les interactions et échanges entre les professionnels de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager les participations aux réunions cliniques concernant la prise en charge des patients TDA/H usagers de substances existantes et accroître les demandes.
<p>11)</p> <p>Création de Centres de référence régional du TDA/H pour les adultes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation locorégionale en filières de soins : <ul style="list-style-type: none"> - Centre de 3^e niveau - Constituée de soignants formés à la prise en charge des TDA/H (psychiatres, addictologues, neurologues) - Sous forme d'un réseau de soin transdisciplinaire - Lieu de consultation, d'évaluation et de diagnostic pour les adultes présentant un TDA/H adressés par des professionnels de santé - Prise en charge des situations complexes - Délivrance d'informations aux professionnels de santé concernant la prise en charge des patients TDA/H par e-mail et téléphone
<p>12)</p> <p>Soutenir les familles et les proches.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître et encourager le recours aux associations prenant en charge l'entourage des proches des patients TDA/H et usagers de substances : <ul style="list-style-type: none"> -Ligne de soutien téléphonique -Groupes de parole entre pairs -Consultations dédiées avec un professionnel de santé ou un bénévole

CONCLUSION

Le lien étroit entre le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et les addictions est à ce jour bien établi et concernerait près d'un quart des personnes présentant un trouble de l'usage de substances (TUS). En effet, la prévalence du TDA/H chez les patients présentant un TUS est estimée à 23,1% d'après les études disponibles sur le sujet. Plusieurs hypothèses fournissent des explications concernant cette association, comme celle de l'automédication, celle de l'impulsivité et de la recherche de nouveauté, l'existence d'une base génétique commune ou encore l'hypothèse des comorbidités. Cette dualité entre les troubles induit des conséquences non négligeables sur la qualité de vie des sujets concernés, la trajectoire évolutive des consommations, ainsi que la réponse aux traitements disponibles.

Au sein du corps médical l'existence du TDA/H reste controversée. Longtemps considéré comme un trouble présent uniquement chez les enfants ou adolescents, il suscite à ce jour de plus en plus l'intérêt des soignants pour les populations de patients adultes. En effet, les demandes grandissantes des patients concernant le TDA/H au sein des structures d'addictologie questionnent les soignants et les amènent à s'intéresser au sujet. L'abus de substances et le sevrage provoquent des symptômes psychiatriques ainsi que des troubles cognitifs qui se superposent au tableau clinique du TDA/H et rendent son diagnostic complexe. Si la comorbidité entre les deux troubles nécessite une prise en charge adaptée, il n'existe pas à ce jour de recommandations officielles sur le sujet. De plus, la place du traitement médicamenteux est débattue par le corps médical et les risques de mésusages et de détournement sont redoutés par les soignants. La littérature disponible sur le sujet fournit des résultats contrastés et si la mise en place d'un traitement à libération prolongée semble limiter le risque de surconsommation (par rapport aux formes à libération immédiate) le mésusage et le détournement médicamenteux restent une réalité.

Notre étude s'intéresse aux expériences des médecins addictologues concernant la prise en charge des patients adultes présentant un TDA/H au sein des structures de soins d'addictologie. Notre objectif est de dresser un état des lieux des différentes prises en charges proposées par les équipes de soins et de recueillir les retours d'expériences des médecins. Afin de répondre à cet objectif nous avons réalisé une étude qualitative étayée par un corpus

de quatorze entretiens. Ces échanges nous ont permis de comprendre le point de vue des praticiens, les craintes et difficultés des soignants, les différentes prises en charge réalisées au sein des lieux de soins, ainsi que leurs attentes concernant cette pathologie duelle.

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants : le TDA/H est un trouble de plus en plus repéré par les soignants, bien que son existence puisse être encore controversée. Il est souvent perçu par les médecins comme un trouble difficile à diagnostiquer en raison des nombreux diagnostics différentiels et des comorbidités qui lui sont associés ainsi que des subtilités cliniques qu'il partage avec le trouble de l'usage de substances. Les retours d'expériences des soignants sont variés et influencés par les comorbidités psychiatriques et somatiques des patients. Le recours aux prises en charge non médicamenteuses telles que la psychothérapie et la remédiation cognitive est parfois délaissée des soignants et des patients du fait d'une difficulté d'accès au soin (délai d'attente important pour les consultations et coût de la psychothérapie). Le manque de formation et la crainte d'un mésusage pharmacologique constituent les principaux freins à la prise en charge de ces patients. Toutefois, certaines initiatives ont déjà été prises par les médecins afin d'améliorer leurs connaissances et leurs pratiques. Il peut s'agir du recrutement de personnels formés au TDA/H au sein des structures de soins, de l'adhésion à des associations, ou encore de la participation à des réunions cliniques dédiées aux deux troubles ou à des congrès axés sur le TDA/H chez l'adulte. Les demandes des médecins interrogés concernent principalement la mise en place de formations durant l'internat et au cours de leur exercice professionnel. Leurs besoins sont aussi axés sur les soins thérapeutiques et plus particulièrement sur l'encadrement lors de la prescription médicale, ainsi que sur l'amélioration de l'accessibilité aux prises en charge non pharmacologiques.

Les travaux concernant les prises en charge non médicamenteuses des patients présentant un TDA/H et un TUS comorbides sont encore insuffisants. Il semblerait pertinent d'approfondir ces thérapies à travers d'autres études, en particulier les psychothérapies intégratives combinées ou non à un dosage plus élevé des traitements pharmacologiques du TDA/H.

Notre travail d'étude s'étant limité à l'expérience des médecins au sein de notre département, la comparaison aux pratiques des soignants issus d'autres régions serait intéressante afin d'obtenir une vue d'ensemble au niveau national.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Boumendjel M, Benyamina A. 15. Les « pathologies duelles » en addictologie : état des lieux et prise en charge. In: Traité d'addictologie [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2016 [cité 24 oct 2022]. p. 139-49. (Traités; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-p-139.htm>
2. Bange F. Distracts et étourdis, de Théophraste au TDA/H. Psychotropes. 2015;21(4):9-26.
3. Magnin E, Maurs C. Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. Rev Neurol (Paris). août 2017;173(7-8):506-15.
4. Roulin M. Le diagnostic des troubles du neurodéveloppement chez l'adulte: TSA, TDAH, dyslexie, tics et SGT. Bruxelles: Mardaga supérieur; 2021. (PSY).
5. Barkley RA, Murphy KR. Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook, 3rd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2006. x, 165 p. (Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook, 3rd ed).
6. Weibel S, Menard O, Ionita A, Boumendjel M, Cabelguen C, Kraemer C, et al. Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. Encephale. févr 2020;46(1):30-40.
7. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry. juin 2007;164(6):942-8.
8. Lecendreux M, Konofal E, Faraone SV. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. J Atten Disord. août 2011;15(6):516-24.
9. Caci HM, Morin AJS, Tran A. Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample. J Nerv Ment Dis. avr 2014;202(4):324-32.

10. 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 Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. mars 2017;9(1):47-65.
11. Caci HM, Morin AJS, Tran A. Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample. *J Nerv Ment Dis*. avr 2014;202(4):324-32.
12. Biederman J, Kwon A, Aleardi M, Chouinard VA, Marino T, Cole H, et al. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry*. juin 2005;162(6):1083-9.
13. Sibley MH, Mitchell JT, Becker SP. Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *Lancet Psychiatry*. déc 2016;3(12):1157-65.
14. Young JL, Goodman DW. Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Management, and Treatment in the DSM-5 Era. *Prim Care Companion CNS Disord*. 17 nov 2016;18(6).
15. Ebejer JL, Medland SE, van der Werf J, Gondro C, Henders AK, Lynskey M, et al. Attention deficit hyperactivity disorder in Australian adults: prevalence, persistence, conduct problems and disadvantage. *PLoS One*. 2012;7(10):e47404.
16. Biederman J, Faraone SV. The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. *MedGenMed*. 18 juill 2006;8(3):12.
17. Breslin FC, Pole JD. Work Injury Risk Among Young People With Learning Disabilities and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Canada. *Am J Public Health*. août 2009;99(8):1423-30.
18. Baggio S, Fructuoso A, Guimaraes M, Fois E, Golay D, Heller P, et al. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Detention Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2018;9:331.
19. Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet*. 30 mai 2015;385(9983):2190-6.

20. Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. avr 2019;24(4):562-75.
21. Emond V, Joyal C, Poissant H. Neuroanatomie structurale et fonctionnelle du trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). *Encephale-revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique - ENCEPHALE*. 1 avr 2009;35:107-14.
22. Muriel D. Haute Autorité de santé. 2020;33.
23. CADDRA-Guidelines-French-4.1.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-French-4.1.pdf>
24. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. févr 2005;35(2):245-56.
25. L. Considérations pratiques pour l'évaluation et la prise en charge du Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) chez l'adulte [Internet]. [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.encephale.com/Revue/Articles-de-la-revue-L-Encephale/2019/Considerations-pratiques-evaluation-prise-en-charge-TDAH-adulte>
26. Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 3:3-7.
27. Miano S, Parisi P, Villa MP. The sleep phenotypes of attention deficit hyperactivity disorder: the role of arousal during sleep and implications for treatment. *Med Hypotheses*. août 2012;79(2):147-53.
28. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille - questions / réponses [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2025618/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille-questions-/-reponses
29. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*. 22 août 2017;17(1):302.

30. Kooij JJ, Aeckerlin LP, Buitelaar JK. [Functioning, comorbidity and treatment of 141 adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at a psychiatric outpatient department]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 4 août 2001;145(31):1498-501.
31. Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* nov 2007;68(11):1776-84.
32. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry.* avr 2006;163(4):716-23.
33. Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychol Med.* mai 1999;29(3):515-25.
34. Schatz DB, Rostain AL. ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *J Atten Disord.* nov 2006;10(2):141-9.
35. Nazar BP, Segenreich D, Duchesne M, Appolinario JC, Mattos P. Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders Revisão da literatura sobre a comorbidade do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade com transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* :6.
36. Cortese S, Angriman M, Maffei C, Isnard P, Konofal E, Lecendreux M, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature. *Crit Rev Food Sci Nutr.* juin 2008;48(6):524-37.
37. Díaz-Román A, Mitchell R, Cortese S. Sleep in adults with ADHD: Systematic review and meta-analysis of subjective and objective studies. *Neurosci Biobehav Rev.* juin 2018;89:61-71.
38. Rossier V, Zimmermann G, Besson J. La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes. *Psychothérapies.* 2009;29(2):91-9.
39. Philipsen A, Jans T, Graf E, Matthies S, Borel P, Colla M, et al. Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.*

déc 2015;72(12):1199-210.

40. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*. févr 2019;56:14-34.

41. Vinogradov S, Fisher M, de Villiers-Sidani E. Cognitive training for impaired neural systems in neuropsychiatric illness. *Neuropsychopharmacology*. janv 2012;37(1):43-76.

42. Emilsson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, Baldursson G, Einarsson E, Olafsdottir H, et al. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 25 juill 2011;11:116.

43. Dittner AJ, Hodsoll J, Rimes KA, Russell AJ, Chalder T. Cognitive-behavioural therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder: a proof of concept randomised controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. févr 2018;137(2):125-37.

44. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*. oct 2017;16(3):245-6.

45. Nimmo-Smith V, Merwood A, Hank D, Brandling J, Greenwood R, Skinner L, et al. Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. *Psychol Med*. mars 2020;50(4):529-41.

46. Castells X, Ramos-Quiroga JA, Rigau D, Bosch R, Nogueira M, Vidal X, et al. Efficacy of methylphenidate for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-regression analysis. *CNS Drugs*. févr 2011;25(2):157-69.

47. Hazell PL, Kohn MR, Dickson R, Walton RJ, Granger RE, Wyk GW van. Core ADHD symptom improvement with atomoxetine versus methylphenidate: a direct comparison meta-analysis. *J Atten Disord*. nov 2011;15(8):674-83.

48. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*. 1 avr 2012;122(1-2):11-9.

49. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, Koeter MWJ, Allsop S, Auriacombe

M, Barta C, et al. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. *Addiction*. févr 2014;109(2):262-72.

50. Kronenberg LM, Goossens PJJ, van Etten DM, van Achterberg T, van den Brink W. Need for care and life satisfaction in adult substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *Perspect Psychiatr Care*. janv 2015;51(1):4-15.

51. Kessler RC, Adler L, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, et al. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *J Occup Environ Med*. juin 2005;47(6):565-72.

52. Young S, González RA, Wolff K, Mutch L, Malet-Lambert I, Gudjonsson GH. Transitions and Motivations for Substance Misuse in Prison Inmates With ADHD and Conduct Disorder: Validation of a New Instrument. *J Dual Diagn*. 2017;13(2):91-100.

53. Martinez-Raga J, Szerman N, Knecht C, de Alvaro R. Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition. *Int J Adolesc Med Health*. 2013;25(3):231-43.

54. Wilens TE, Morrison NR. The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Curr Opin Psychiatry*. juill 2011;24(4):280-5.

55. Wilens TE. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatr Clin North Am*. juin 2004;27(2):283-301.

56. Fatséas M, Hurmic H, Serre F, Debrabant R, Daulouède JP, Denis C, et al. Addiction severity pattern associated with adult and childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Res*. 30 déc 2016;246:656-62.

57. Gholamalinezhad F, Abdolmanafi A, Rostami R, Farhoodi F. Comparison of Craving in Substance use Patients with the History of ADHD and Substance use without ADHD History. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 1 janv 2010;5:1713-5.

58. Cunill R, Castells X, Tobias A, Capellà D. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder with co-morbid drug dependence. *J Psychopharmacol.* janv 2015;29(1):15-23.
59. Looby A. Childhood attention deficit hyperactivity disorder and the development of substance use disorders: valid concern or exaggeration? *Addict Behav.* mars 2008;33(3):451-63.
60. Biederman J, Petty CR, Wilens TE, Fraire MG, Purcell CA, Mick E, et al. Familial risk analyses of attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Am J Psychiatry.* janv 2008;165(1):107-15.
61. Volkow ND, Wang GJ, Kollins SH, Wigal TL, Newcorn JH, Telang F, et al. Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. *JAMA.* 9 sept 2009;302(10):1084-91.
62. Wilens TE, Biederman J, Mick E. Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *Am J Addict.* 1998;7(2):156-63.
63. Luo SX, Levin FR. Towards Precision Addiction Treatment: New Findings in Co-morbid Substance Use and Attention-Deficit Hyperactivity Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* mars 2017;19(3):14.
64. Carpentier PJ, Arias Vasquez A, Hoogman M, Onnink M, Kan CC, Kooij JJS, et al. Shared and unique genetic contributions to attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders: a pilot study of six candidate genes. *Eur Neuropsychopharmacol.* juin 2013;23(6):448-57.
65. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry.* févr 1997;4(5):231-44.
66. Silva NJ, Szobot CM, Shih MC, Hoexter MQ, Anselmi CE, Pechansky F, et al. Searching for a Neurobiological Basis for Self-Medication Theory in ADHD Comorbid With Substance Use Disorders: An In Vivo Study of Dopamine Transporters Using: 99m: Tc-TRODAT-1 SPECT. *Clinical Nuclear Medicine.* févr 2014;39(2):e129.
67. Laffont I. Le TDAH chez l'adulte et ses comorbidités. Discussion à partir d'un cas clinique d'addiction au Tramadol. *Psychotropes.* 2015;21(4):27-40.

68. Shin SH, Chung Y, Jeon SM. Impulsivity and substance use in young adulthood. *Am J Addict.* janv 2013;22(1):39-45.
69. UPPS-P Impulsive Behavior Scale - ISRI Society [Internet]. 2021 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.impulsivity.org/measurement/upps-p/>
70. Egan TE, Dawson AE, Wymbs BT. Substance Use in Undergraduate Students With Histories of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The Role of Impulsivity. *Subst Use Misuse.* 24 août 2017;52(10):1375-86.
71. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *J Clin Psychiatry.* nov 2009;70(11):1557-62.
72. Walden B, Iacono WG, McGue M. Trajectories of change in adolescent substance use and symptomatology: impact of paternal and maternal substance use disorders. *Psychol Addict Behav.* mars 2007;21(1):35-43.
73. Semiz ÜB, Öner Ö, Cengiz FF, Bilici M. Childhood abuse and neglect in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2 oct 2017;27(4):344-8.
74. Konstenius M, Leifman A, van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, Franck J, Moggi F, et al. Childhood trauma exposure in substance use disorder patients with and without ADHD. *Addict Behav.* févr 2017;65:118-24.
75. Tabac et cigarette électronique - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/>
76. Nichter M. Smoking: what does culture have to do with it? *Addiction.* mai 2003;98 Suppl 1:139-45.
77. Conners CK, Levin ED, Sparrow E, Hinton SC, Erhardt D, Meck WH, et al. Nicotine and attention in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychopharmacol Bull.* 1996;32(1):67-73.
78. Potter AS, Newhouse PA. Acute nicotine improves cognitive deficits in young adults

with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pharmacol Biochem Behav.* févr 2008;88(4):407-17.

79. Gehricke JG, Loughlin SE, Whalen CK, Potkin SG, Fallon JH, Jamner LD, et al. Smoking to self-medicate attentional and emotional dysfunctions. *Nicotine Tob Res.* nov 2007;9 Suppl 4:S523-536.

80. Bukstein OG. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Curr Top Behav Neurosci.* 2012;9:145-72.

81. Dinn WM, Aycicegi A, Harris CL. Cigarette smoking in a student sample: neurocognitive and clinical correlates. *Addict Behav.* janv 2004;29(1):107-26.

82. Winhusen TM, Somoza EC, Brigham GS, Liu DS, Green CA, Covey LS, et al. Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) treatment on smoking cessation intervention in ADHD smokers: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry.* déc 2010;71(12):1680-8.

83. Bron TI, Bijlenga D, Kasander MV, Spuijbroek AT, Beekman ATF, Kooij JJS. Long-term relationship between methylphenidate and tobacco consumption and nicotine craving in adults with ADHD in a prospective cohort study. *Eur Neuropsychopharmacol.* juin 2013;23(6):542-54.

84. Liebreuz M, Fisher CE, Nellen R, Frei A, Biechl AC, Hiestand N, et al. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and nicotine withdrawal: a qualitative study of patient perceptions. *BMC Psychiatry.* 4 juill 2016;16:208.

85. Wilens TE, Vitulano M, Upadhyaya H, Adamson J, Sawtelle R, Utzinger L, et al. Cigarette smoking associated with attention deficit hyperactivity disorder. *J Pediatr.* sept 2008;153(3):414-9.

86. Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse.* 1995;7(3):373-8.

87. Gray KM, Upadhyaya HP. Tobacco Smoking in Individuals with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Epidemiology and Pharmacological Approaches to Cessation.

CNS Drugs. 1 août 2009;23(8):661-8.

88. Groenman AP, Schwersen LJS, Weeda W, Luman M, Noordermeer SDS, Heslenfeld DJ, et al. Stimulant treatment profiles predicting co-occurring substance use disorders in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. sept 2019;28(9):1213-22.

89. Cannabis - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>

90. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. avr 2011;31(3):328-41.

91. Loflin M, Earleywine M, De Leo J, Hobkirk A. Subtypes of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and cannabis use. *Subst Use Misuse*. mars 2014;49(4):427-34.

92. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med*. mars 2011;5(1):1-8.

93. Notzon DP, Pavlicova M, Glass A, Mariani JJ, Mahony AL, Brooks DJ, et al. ADHD Is Highly Prevalent in Patients Seeking Treatment for Cannabis Use Disorders. *J Atten Disord*. sept 2020;24(11):1487-92.

94. De Alwis D, Agrawal A, Reiersen AM, Constantino JN, Henders A, Martin NG, et al. ADHD symptoms, autistic traits, and substance use and misuse in adult Australian twins. *J Stud Alcohol Drugs*. mars 2014;75(2):211-21.

95. Estévez N, Dey M, Eich-Höchli D, Foster S, Gmel G, Mohler-Kuo M. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and its association with substance use and substance use disorders in young men. *Epidemiol Psychiatr Sci*. juin 2016;25(3):255-66.

96. Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 2011;50(1):9-21.

97. Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in

Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*. 1 juill 2016;73(7):713-20.

98. Verweij KJH, Zietsch BP, Lynskey MT, Medland SE, Neale MC, Martin NG, et al. Genetic and environmental influences on cannabis use initiation and problematic use: a meta-analysis of twin studies. *Addiction*. mars 2010;105(3):417-30.

99. Soler Artigas M, Sánchez-Mora C, Rovira P, Richarte V, Garcia-Martínez I, Pagerols M, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and lifetime cannabis use: genetic overlap and causality. *Mol Psychiatry*. oct 2020;25(10):2493-503.

100. van de Glind G, Konstenius M, Koeter MWJ, van Emmerik-van Oortmerssen K, Carpentier PJ, Kaye S, et al. 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. *Drug Alcohol Depend*. 1 janv 2014;134:158-66.

101. Luderer M, Ramos Quiroga JA, Faraone SV, Zhang-James Y, Reif A. Alcohol use disorders and ADHD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 1 sept 2021;128:648-60.

102. Wilens TE, Adler LA, Weiss MD, Michelson D, Ramsey JL, Moore RJ, et al. Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 1 juill 2008;96(1-2):145-54.

103. Cocaïne et crack - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cocaine-et-crack/>

104. Oliva F, Mangiapane C, Nibbio G, Berchiolla P, Colombi N, Vigna-Taglianti FD. Prevalence of cocaine use and cocaine use disorder among adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. nov 2021;143:587-98.

105. Mariani JJ, Khantzian EJ, Levin FR. The self-medication hypothesis and psychostimulant treatment of cocaine dependence: an update. *Am J Addict*. avr 2014;23(2):189-93.

106. Greenwald MK, Lundahl LH, Steinmiller CL. Sustained release d-amphetamine reduces cocaine but not 'speedball'-seeking in buprenorphine-maintained volunteers: a test of dual-agonist pharmacotherapy for cocaine/heroin polydrug abusers. *Neuropsychopharmacology*. déc 2010;35(13):2624-37.

107. Castells X, Cunill R, Pérez-Mañá C, Vidal X, Capellà D. Psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 27 sept 2016;9:CD007380.
108. Levin FR, Mariani JJ, Specker S, Mooney M, Mahony A, Brooks DJ, et al. Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* juin 2015;72(6):593-602.
109. MDMA/Ecstasy - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/amphetamine/>
110. Khantzian EJ. An extreme case of cocaine dependence and marked improvement with methylphenidate treatment. *Am J Psychiatry.* juin 1983;140(6):784-5.
111. Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Guterstam J, Beck O, Philips B, Franck J. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction.* mars 2014;109(3):440-9.
112. Héroïne et autres opiacés - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 25 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/>
113. Liao YT, Chen CY, Ng MH, Huang KY, Shao WC, Lin TY, et al. Depression and severity of substance dependence among heroin dependent patients with ADHD symptoms. *Am J Addict.* janv 2017;26(1):26-33.
114. Fiksdal Abel K, Ravndal E, Clausen T, Bramness JG. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms are Common in Patients in Opioid Maintenance Treatment. *Eur Addict Res.* 2017;23(6):298-305.
115. Bassiony MM, Salah El-Deen GM, Ameen N, Mahdy RS. Prevalence, correlates, and consequences of attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinical sample of adults with tramadol use in Egypt. *Am J Addict.* janv 2022;31(1):31-6.
116. Coppola M, Sacchetto G, Mondola R. Craving for heroin: difference between methadone maintenance therapy patients with and without ADHD. *Trends Psychiatry*

Psychother. mars 2019;41(1):83-6.

117. Lugoboni F, Zamboni L, Mantovani E, Cibir M, Tamburin S, Gruppo InterSERT di Collaborazione Scientifica. Association between Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Intravenous Misuse of Opioid and Benzodiazepine in Patients under Opioid Maintenance Treatment: A Cross-Sectional Multicentre Study. *Eur Addict Res.* 2020;26(4-5):263-73.

118. Carpentier PJ, van Gogh MT, Knapen LJM, Buitelaar JK, De Jong C a. J. Influence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on opioid dependence severity and psychiatric comorbidity in chronic methadone-maintained patients. *Eur Addict Res.* 2011;17(1):10-20.

119. Ornoy A, Finkel-Pekarsky V, Peles E, Adelson M, Schreiber S, Ebstein PR. ADHD risk alleles associated with opiate addiction: study of addicted parents and their children. *Pediatr Res.* août 2016;80(2):228-36.

120. Yoo HJ, Cho SC, Ha J, Yune SK, Kim SJ, Hwang J, et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci.* oct 2004;58(5):487-94.

121. Young J. Common comorbidities seen in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolesc Med State Art Rev.* août 2008;19(2):216-28, vii.

122. Murphy KR, Adler LA. Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: focus on rating scales. *J Clin Psychiatry.* 2004;65 Suppl 3:12-7.

123. 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.* oct 2015;172(10):967-77.

124. Adler L, Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am.* juin 2004;27(2):187-201.

125. van Kernebeek MW, Vorspan F, Crunelle CL, van den Brink W, Dom G, Moggi F, et al. Consensus International sur le dépistage, le diagnostic et le traitement des patients avec troubles de l'usage de substances en cas de comorbidité avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. *Toxicologie Analytique et Clinique.* 1 juin

2022;34(2):55-67.

126. van de Glind G, van den Brink W, Koeter MWJ, Carpentier PJ, van Emmerik-van Oortmerssen K, Kaye S, et al. Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. *Drug Alcohol Depend.* 1 oct 2013;132(3):587-96.

127. Dakwar E, Mahony A, Pavlicova M, Glass A, Brooks D, Mariani JJ, et al. The utility of attention-deficit/hyperactivity disorder screening instruments in individuals seeking treatment for substance use disorders. *J Clin Psychiatry.* nov 2012;73(11):e1372-1378.

128. Ramos-Quiroga JA, Díaz-Digón L, Comín M, Bosch R, Palomar G, Chalita JP, et al. Criteria and Concurrent Validity of Adult ADHD Section of the Psychiatry Research Interview for Substance and Mental Disorders. *J Atten Disord.* déc 2015;19(12):999-1006.

129. Mao AR, Findling RL. Comorbidities in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a practical guide to diagnosis in primary care. *Postgrad Med.* sept 2014;126(5):42-51.

130. Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* nov 2007;68(11):1776-84.

131. Dirks H, Scherbaum N, Kis B, Mette C. [ADHD in Adults and Comorbid Substance Use Disorder: Prevalence, Clinical Diagnostics and Integrated Therapy]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* juin 2017;85(6):336-44.

132. Wilens TE, Morrison NR. Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment. *Neuropsychiatry (London).* août 2012;2(4):301-12.

133. CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2022]. Disponible sur: https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf

134. Levin FR, Evans SM, McDowell DM, Brooks DJ, Nunes E. Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Addict Dis.* 2002;21(2):1-16.

135. van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ, Blankers M, Dekker JJM, van

den Brink W, et al. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: Results of a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend.* 1 avr 2019;197:28-36.

136. Aviram RB, Rhum M, Levin FR. Psychotherapy of adults with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorder. *J Psychother Pract Res.* 2001;10(3):179-86.

137. Matthys F, Bronckaerts A, Crunelle CL. Managing ADHD in the presence of substance use disorders. *Gompel&Svacina*; 2018. 162 p.

138. Cook J, Lloyd-Jones M, Arunogiri S, Ogden E, Bonomo Y. Managing attention deficit hyperactivity disorder in adults using illicit psychostimulants: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* sept 2017;51(9):876-85.

139. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Swanson JM. Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Mol Psychiatry.* juin 2004;9(6):557-69.

140. Skoglund C, Brandt L, Almqvist C, D'Onofrio BM, Konstenius M, Franck J, et al. Factors Associated with Adherence to Methylphenidate Treatment in Adult Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *J Clin Psychopharmacol.* juin 2016;36(3):222-8.

141. Skoglund C, Brandt L, D'Onofrio B, Larsson H, Franck J. Methylphenidate doses in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and comorbid substance use disorders. *Eur Neuropsychopharmacol.* nov 2017;27(11):1144-52.

142. Clemow DB. Misuse of Methylphenidate. *Curr Top Behav Neurosci.* 2017;34:99-124.

143. Darredeau C, Barrett SP, Jardin B, Pihl RO. Patterns and predictors of medication compliance, diversion, and misuse in adult prescribed methylphenidate users. *Hum Psychopharmacol.* déc 2007;22(8):529-36.

144. Clemow DB, Walker DJ. The potential for misuse and abuse of medications in ADHD: a review. *Postgrad Med.* sept 2014;126(5):64-81.

145. Wilens TE, Adler LA, Adams J, Sgambati S, Rotrosen J, Sawtelle R, et al. Misuse and

diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 2008;47(1):21-31.

146. Weisler RH. Review of long-acting stimulants in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Expert Opin Pharmacother*. avr 2007;8(6):745-58.

147. Schubiner H, Saules KK, Arfken CL, Johanson CE, Schuster CR, Lockhart N, et al. Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. *Exp Clin Psychopharmacol*. août 2002;10(3):286-94.

148. Verbeek W, Bekkering GE, Van den Noortgate W, Kramers C. Bupropion for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2 oct 2017;10(10):CD009504.

149. Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Kalbag AS, Garawi F, Nunes EV. Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug Alcohol Depend*. 1 févr 2006;81(2):137-48.

150. Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. juill 2013;70(7):740-9.

151. Wilens TE, Adamson J, Monuteaux MC, Faraone SV, Schillinger M, Westerberg D, et al. Effect of prior stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. oct 2008;162(10):916-21.

152. Halmøy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *J Atten Disord*. sept 2009;13(2):175-87.

153. Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, Thomsen PH. ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood - a naturalistic long-term follow-up study. *Addict Behav*. janv 2014;39(1):325-8.

154. Landman P. La fausse épidémie de TDAH. *Études*. 2018;vembre(11):53-64.

155. Shaw KA, Mitchell GK, Wagner IJ, Eastwood HL. Attitudes and practices of general practitioners in the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J*

Paediatr Child Health. oct 2002;38(5):481-6.

156. Tatlow-Golden M, Prihodova L, Gavin B, Cullen W, McNicholas F. What do general practitioners know about ADHD? Attitudes and knowledge among first-contact gatekeepers: systematic narrative review. BMC Family Practice. 7 sept 2016;17(1):129.

157. Gauthier-Gagné S. Entourage d'un toxicomane. Profil clinique: besoins, interventions et impacts. janv 2012 [cité 7 janv 2023]; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/6125>

158.

la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa-_recommandations.pdf [Internet]. [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa-_recommandations.pdf

159. Novak SP, Kroutil LA, Williams RL, Van Brunt DL. The nonmedical use of prescription ADHD medications: results from a national Internet panel. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. 31 oct 2007;2(1):32.

160. Bavarian N, Flay BR, Ketcham PL, Smit E, Kodama C, Martin M, et al. Using structural equation modeling to understand prescription stimulant misuse: a test of the Theory of Triadic Influence. Drug Alcohol Depend. 1 mai 2014;138:193-201.

161. Maldonado R. Comparison of the pharmacokinetics and clinical efficacy of new extended-release formulations of methylphenidate. Expert Opin Drug Metab Toxicol. août 2013;9(8):1001-14.

ANNEXES:

Annexe 1 : Premier mail suite à un premier contact téléphonique

Bonjour, je suis Charlotte Espeil actuellement interne en 7^e semestre de psychiatrie à l'université d'Aix-Marseille. Dans ce cadre, je prépare une thèse portant sur la prise en charge des patients présentant un TDAH et un trouble de l'usage des substances au sein des structures de soins d'addictologie. Ce travail est encadré par le Dr Grégoire.

Pour ce faire, je réalise des entretiens, si possible en présentiel, d'une durée de trente minutes environ auprès de médecins addictologues, psychiatres et généralistes qui exercent au sein de structures d'addictologie de notre département. La durée des entretiens varie en fonction des disponibilités de chacun.

Les bandes sonores de ces entretiens seront enregistrées afin que je puisse les transcrire puis les analyser. Ils seront anonymisés lors de la retranscription et ne seront pas conservés par la suite.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à ce travail. Je reste à votre disposition si vous avez besoin d'informations supplémentaires.

Je suis joignable par téléphone au XX.XX.XX.XX.XX ou par e-mail à l'adresse suivante
xxxxxxxxxxx.

Cordialement,

ESPEIL Charlotte

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

Présentation et familiarisation avec le TDA/H:

- Pourriez-vous me décrire votre parcours ?
- En quoi consiste votre activité professionnelle quotidienne ?
- Êtes-vous familiarisé avec le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ?
- Comment êtes-vous amené à rencontrer des patients présentant un TDA/H dans votre pratique quotidienne ?
 - Quels-sont leurs motifs de consultation ?
 - Sont-ils parfois adressés par un autre spécialiste/praticien ?
- Quelle importance dans votre activité ces consultations représentent-elles ?

Le dépistage/ diagnostic :

- Quel rôle jouez-vous dans le dépistage et le diagnostic du TDA/H ?
 - Percevez-vous des difficultés ?
 - Avez-vous recours à des questionnaires ?

Retour d'expérience des soignants :

- D'après vous, existe-t-il des particularités à suivre des patients présentant un TDA/H et une ou des comorbidités addictives ?
- Pouvez-vous me rapporter une situation qui vous aurez marqué concernant le suivi d'un patient présentant un TDA/H et une addiction ?
 - Qu'est-ce qui vous a marqué dans cette situation ?

Prise en charge des patients TDA/H en addictologie :

- Comment s'articule la prise en charge avec les autres professionnels de santé ?
 - Avec les médecins généralistes/ psychologues/ ou les autres centres de soins ?
 - Avez-vous des retours concernant le suivi des patients ?
- Quel retour pouvez-vous faire concernant la mise en place d'une pharmacothérapie chez les personnes atteintes de TDA/H et d'un trouble de l'usage de substance ?
- Qu'est ce qui selon vous serez susceptible d'améliorer la prise en charge de ces patients ?

ANNEXE 3 : Extrait de verbatim

C : Est-ce que vous êtes familiarisé avec le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ? »

P5 : « Familiarisé un peu. Dire que je suis un spécialiste non c'est clair. J'ai des connaissances. J'ai aussi des connaissances sur le fait qu'il y a des liens et que certains parlent même d'une pathologie de la récompense au même titre que l'addiction. Donc oui je suis très sensibilisé. Je sensibilise aussi sur le fait qu'on a pas mal de patients souvent jeunes qui viennent et qui prennent de la cocaïne et qui ont des symptômes paradoxaux et sont calmés justement par la cocaïne. Alors que normalement c'est plutôt un excitant, un psychostimulant. Et là justement il faut suspecter de l'hyperactivité et introduire le méthylphénidate, enfin pas tout de suite, mais en tout cas si des tests le valident et que des explorations parcliniques ne l'excluent pas il faudra l'instaurer. Ça permettra probablement de régler une partie de l'addiction. »

C : « Est-ce que vous êtes amené à rencontrer des patients qui ont un TDA/H au sein de votre structure ? »

P5 : « Oui complètement bien sûr. Diagnostiqués ou pas d'ailleurs. »

C : « Comment sont-ils amenés jusqu'à vous ? Sont-ils adressés par d'autres praticiens ? »

P5 : « Alors, ils ne sont pas adressés ici pour le trouble de l'hyperactivité. Ils sont adressés ici pour l'addiction. Et puis alors soit on a des suspicions cliniques et on essaie de les valider ou de les invalider d'ailleurs. Soit ce sont des gens qui sont adressés pour une addiction et qui ont un TDA/H déjà diagnostiqué, investigué et des fois traité. Et du coup on va essayer de travailler ça avec eux. Ça se passe plutôt bien avec les patients qu'on met sous méthylphénidate. Enfin moi je suis assez protocolisé pour toutes les introductions, que ce soit les opioïdes, les stupéfiants ou le méthylphénidate, ça ne s'est jamais mal passé. »

C : « Et vous les prescriptions de psychostimulants c'est quelque chose que vous êtes amené à faire assez régulièrement ? Ou ça reste exceptionnel ? »

P5 : « Ce n'est pas tous les jours mais ça a pu être le cas à plusieurs reprises oui. »

C : « Et vous vous sentez à l'aise avec la prescription des psychostimulants ? Quelle est votre retour d'expérience ? »

P5 : « Pas de mauvaises expériences du tout, au contraire. Pas de réticences non. Je le fais que ce soit au CSAPA, ou ici. Introduire et renouveler. Mais bon il ne faut pas faire n'importe quoi non plus. On peut voir des fois des gens qui sont sous Ritaline et on ne sait pas pourquoi ou sous Concerta. »

Abréviations :

ASRS : Adult ADHD Self report Rating Scale

AUD : Alcool use disorder

CAADID : Conners Adult ADHD Diagnostic Interview

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM : Classification international des maladies

CJC : Consultations jeunes consommateurs

CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

DIVA : Diagnostic Interview for ADHD in adults

DSM: Diagnostic and statistical Manual of mental disorder

DU : Diplôme universitaire

HR: Hazard ratio

EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing

FST : Formation spécifique transversale

HPI : Haut potentiel intellectuel

MPH : Méthylphénidate

SMD : Différence moyenne standardisée

SD : Standard deviation

TC : Trouble des conduites

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TCCI : Thérapie cognitivo-comportementale intégrée

TCD : Thérapie comportementale dialectique

TDA/H : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TEP : Tomographie par émission de positons

TOP : Trouble oppositionnel avec provocation

TUS : Trouble de l'usage de substances

WURS : Wender Utah Rating Scale

Serment d'Hippocrate :

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : Le lien entre le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et le trouble de l'usage de substances (TUS) est désormais établi et détaillé dans la littérature. En effet près d'un quart des patients en demande de soins pour un TUS présenterait un TDA/H. De plus, ce trouble pourrait affecter le développement et le cours des conduites addictives. Les demandes des patients concernant le trouble sont grandissantes et leurs prises en charge en addictologie méritent d'être étudiées. Nous avons souhaité, à travers ce travail, recueillir les retours d'expériences des médecins addictologues concernant la prise en charge des patients présentant un TDA/H comorbide à un TUS. L'objectif était de dresser un état des lieux de la prise en charge de ces patients au sein des structures de soin d'addictologie.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative prospective et multicentrique menée auprès de médecins addictologues exerçant dans les structures de soins d'addictologie au sein du département des Bouches du Rhône.

Résultats : 14 entretiens ont été réalisés. Les résultats objectivent que le TDA/H reste un trouble controversé dans l'esprit des soignants, renvoyant le plus souvent un sentiment négatif lorsqu'il est évoqué. Les médecins expriment de nombreuses craintes et réticences au dépistage, au diagnostic et à la prise en charge des patients présentant un TDA/H comorbide à un TUS. La place du traitement médicamenteux est débattue par le corps médical et les risques de mésusages et de détournements sont redoutés chez ces personnes usagers de substances. Les soignants demandent davantage de formations axées sur la comorbidité entre ces deux troubles et plus particulièrement concernant le versant thérapeutique et pharmacologique. Le manque de formation est mis en avant. Certaines initiatives ont été prises par des équipes de soins afin d'améliorer la prise en charge de ces patients usagers.

Conclusion : Le TDA/H est un trouble de plus en plus repéré par les soignants et les patients au sein des structures d'addictologie. Le manque de formation met les médecins en difficulté face à la prise en charge des patients TDA/H usagers de substances. La réalisation d'actions concrètes pourrait permettre une amélioration de la prise en charge de ces patients.

Mots-clés : TDA/H ; TUS ; addictologie ; prise en charge