



TDAH et crack, la poudre et l'oeuf

Victor Leroy
Clinic Les Alpes

Béatrice Gay
François Candaux

Consultation spécialisée TDAH adulte
Unité ambulatoire d'accueil et interventions
brèves
Service de psychiatrie générale, DP



Objectif

Prendre conscience des enjeux de la prise en charge du TDAH en cas de consommations à risque / addiction

Historique

1775 : Dr M. Weikard, 1ère description du trouble chez l'adulte.

1915 : Dr E. Kraepelin, les « instables » avec déficit de l'attention.

1976 : 1ère étude MPH vs placebo chez l'adulte.

DSM III (1980) : TDA : trouble du déficit d'attention (ADD Attention Deficit Disorder).

DSM IV (1994) : trois sous-type : inattentif, mixte ou hyperactif/impulsif.

DSM-5 (2013) : critères pour TDAH adulte.

Heinrich von Rustige (1810-1900)
„Die unterbrochene Mahlzeit“-1838



Epidémiologie

Prévalence : 2.5% chez l'adulte.

Persiste chez l'adulte dans plus de la moitié des cas

H/F : 1 : 1

TDAH chez l'adulte

Triade classique :

Attention —————→

Hyperactivité —————→

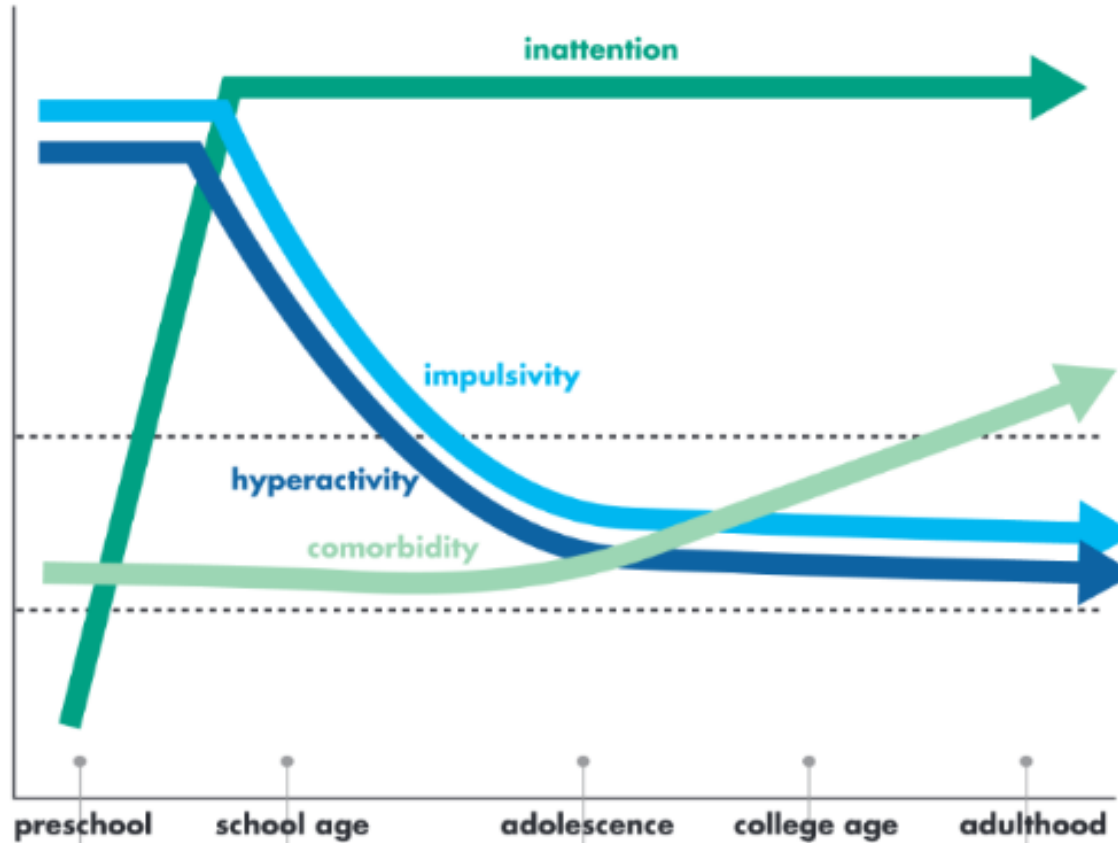
Impulsivité —————→

- *Difficultés à soutenir son attention et à se concentrer lecture/travail/administratif*
- *Parle trop/trop fort*
- *Sentiments de nervosité, agitation interne*
- *Choisit des emplois actifs*
- *Attrait pour la nouveauté, intolérance à l'ennui*
- *Impatience*
- *Impulsivité « cognitive »*
- *Recherche de sensations => conduites à risque*
- *Addictions (y.c. internet, sexe, sport, achats, jeu pathol.)* *as et projets entrepris*

Dysrégulation émotionnelle

- *Changements exagérés, éphémères, réactionnels*
- *Conforte le diagnostic*

Evolution de la clinique avec l'âge



Impact fonctionnel

Difficultés
interpersonnelles

Emploi

Gestion
financière

Accidents

Comportements
antisociaux

Co-
morbiditys

Critères diagnostiques DSM-5

Schéma persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement.

≥ 5 sur 9 symptômes, ont persisté pendant ≥ 6 mois, à un degré incompatible avec le niveau de développement et qui a un impact négatif sur les activités sociales et scolaires (professionnelles)

Inattention

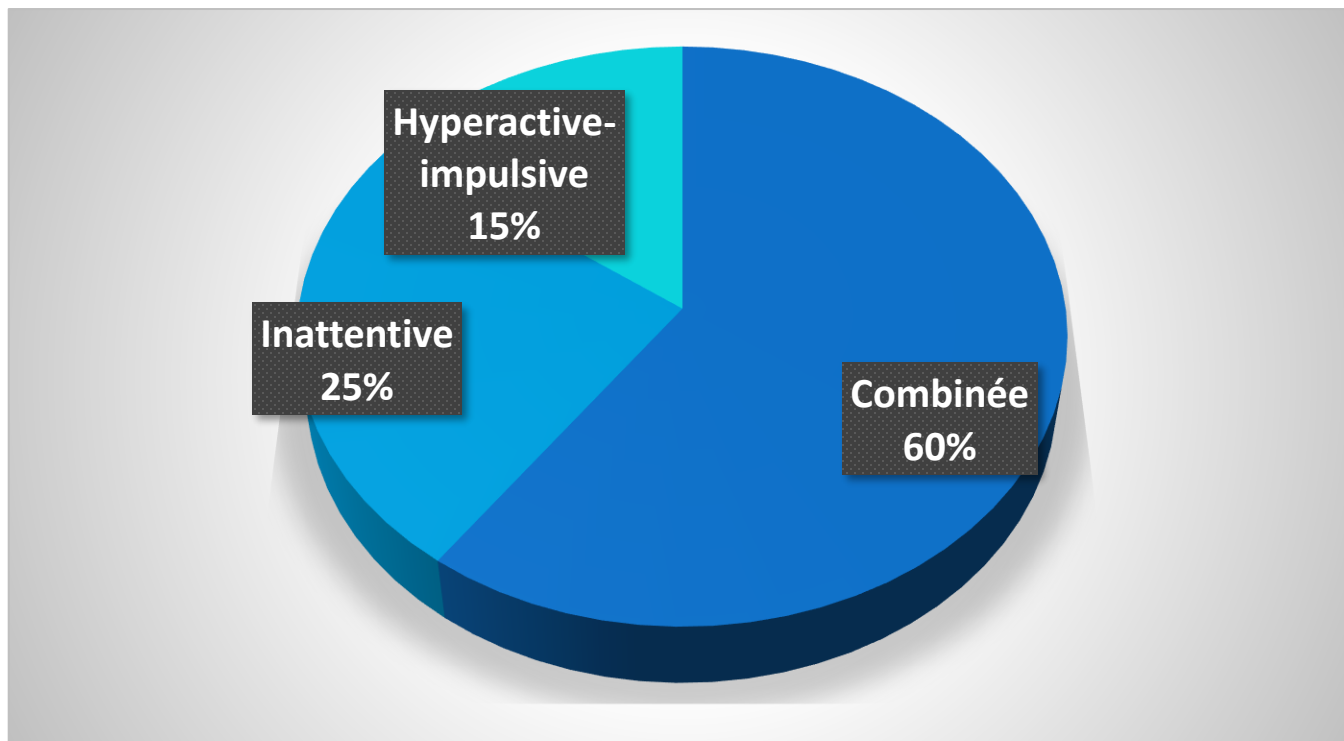
- difficultés à prêter attention aux détails
- difficultés à maintenir son attention
- n'écoute pas quand on lui parle
- difficultés à mener à bien ses tâches domestiques et professionnelles
- difficultés d'organisation
- aversion pour les tâches requérant un effort mental soutenu
- perte d'objets nécessaires au travail
- facilement distrait
- oublis fréquents dans la vie quotidienne

Hyperactivité-impulsivité

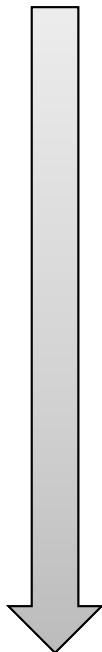
- remue les mains ou les pieds
- se lève quand on ne le doit pas
- sentiment subjectif d'impatience motrice
- difficultés à se tenir tranquille
- est toujours sur la brèche
- parle trop
- laisse échapper des réponses alors qu'il ne le doit pas
- difficultés à attendre son tour
- interrompt les autres

- Présence de plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité avant 12 ans.
- Impact dans 2 situations ou plus (maison, école, travail, amis, famille, autres activités).
- Trois présentations : combinée, à prédominance inattentive, à prédominance hyperactive/impulsive

Types de présentation TDAH – DSM-5



Processus diagnostique



- Intervention brève psychiatrique et psychothérapeutique initiale :

- *Diagnostic différentiel, co-morbidités, travail de crise*

- Investigation TDAH spécifique :

- *Symptômes dans l'enfance*
- *Symptômes à l'âge adulte*
- *Répercussions fonctionnelles*
- *Echelles*
- *Autres tests : neuropsychologiques, imagerie*

- Co-morbidités:
- *Troubles anxieux 34%*
- *Troubles de l'humeur 22%*
- *Trouble de l'usage d'une substance 11%*
- *Trouble de la personnalité, notamment BDL 10-30%*
- *Autres troubles neuro-développementaux: TSA, dys 10%*

Traitement

Modalités de traitement:

Psychoéducation

Pharmacologie

Psychothérapie

Coaching

Paramètres à prendre en compte
systématiquement:

Aspects psychosociaux

Inclusion des proches

TDAH ET SUBSTANCE USE DISORDER

Substance Use Disorder

21% des patients SUD ont un TDAH

Population très hétérogène

19% des suivis cocaïne

18% des suivis opioïde

25% des suivis alcool

Van Emmerik-van Oortmerssen K, Christoffersen P, Matheson SL, Quello SB, Levin FR, van de Glind G. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(2):1275. doi:10.3390/ijerph20021275

Cannabis Use Disorder

26,9% au cours de la vie

19,2% actuellement

TDAH: x3 risque de CUD

Lichtenstein JD, Yule AM, Wilens TE. Cannabis use disorder in adolescents and young adults with ADHD: A review of emerging evidence. J Psychiatr Res. 2024;168:137–144. doi:10.1016/j.jpsychires.2024.03.007

Sortir des clichés

«la cocaïne l'apaise, lui permet de se poser»

Dans les faits : alcool et cannabis (1/4)

Clinique

Overlap des symptomatologies

Impulsivité

Désorganisation

Agitation

Etc.

Traitement : difficultés

Contre indication de certains traitements

Risque en cas de mésusage

Traitement

Que traite t'on ? TDAH ? Substitution like ?

Impression scientifique :

Pas d'effet des posologies habituelles contre placebo

Effet notable en cas de posologies élevées

Cook, J., Lloyd-Jones, M., Arunogiri, S., Ogden, E., & Bonomo, Y. (2017). Managing attention deficit hyperactivity disorder in adults using illicit psychostimulants: A systematic review. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 51(9), 876-885. <https://doi.org/10.1177/0004867417714878>

Traitement

Plus que médication

Médication augmente la rétention en suivi

Bénéfice intervention psychosociale +++

En pratique

Pas étudié mais se pratique

Prescription de formes difficilement
mésusables, à libération prolongée

Utile?

Conclusion

Problématique très fréquente

Rarement investiguée

Guidelines se reposent sur des pratiques constatées mais peu de littérature pour les soutenir

Des questions ?