



HAL
open science

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

Michiel W. Van Kernebeek, Florence Vorspan, Cleo L. Crunelle, Wim van Den Brink, Geert Dom, Franz Moggi, Maija Konstenius, Johan Franck, Frances R. Levin, Geurt van De Glind, et al.

► To cite this version:

Michiel W. Van Kernebeek, Florence Vorspan, Cleo L. Crunelle, Wim van Den Brink, Geert Dom, 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*, 2022, 34 (2), pp.55-67. 10.1016/j.toxac.2022.02.001 . hal-04037051

HAL Id: hal-04037051

<https://hal.science/hal-04037051v1>

Submitted on 22 Jul 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

1 **Consensus International sur le dépistage, le diagnostic et** 2 **le traitement des patients avec troubles de l'usage de** 3 **substances en cas de comorbidité avec un trouble du** 4 **déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.** 5

6 Michiel W. van Kernebeek¹, Florence Vorspan^{2,3,4}, Cleo L. Crunelle¹, Wim van den Brink⁵, Geert Dom⁶,
7 Franz Moggi⁷, Maija Konstenius⁸, Johan Franck⁸, Frances R. Levin⁹, Geurt van de Glind¹⁰, Jose A.
8 Ramos-Quiroga^{11,12,13}, Zsolt Demetrovics¹⁴, Corné Coetzee¹⁵, Mathias Luderer¹⁶, Arnt Schellekens¹⁷,
9 ICASA consensus group, Frieda Matthys¹, Romain Icick^{2,3,4}

10 ¹Department of Psychiatry, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ Brussel), Brussels, Belgium;

11 ²Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Groupe Hospitalier Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal,
12 Département de Psychiatrie et de Médecine Addictologique, Paris F-75010, France;

13 ³INSERM U1144, "Optimization Thérapeutique en Neuropsychopharmacologie", Paris, F-75006, France;

14 ⁴Université de Paris, Inserm UMR-S1144, Paris, F-75006, France;

15 ⁵Amsterdam Institute of Addiction Research (AIAR), Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, The
16 Netherlands;

17 ⁶Antwerp University & Hospital, Addiction Psychiatry, Psychiatric Center Alexian Brothers, Antwerp, Belgium;

18 ⁷University Hospital of Psychiatry, University of Bern, Bern, Switzerland;

19 ⁸Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden;

20 ⁹Columbia University, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA;

21 ¹⁰Bachelor School of Nursing, Institute for Nursing Studies, University of Applied Science, Utrecht, The Netherlands;

22 Department of Psychiatry, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain.

23 ¹¹Psychiatric Genetics Unit, Vall d'Hebron Research Institute (VHIR), Barcelona, Spain.

24 ¹²Biomedical Network Research Centre on Mental Health (CIBERSAM), Barcelona, Spain.

25 ¹³Department of Psychiatry and Legal Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain.

26 ¹⁴Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary;

27 ¹⁵Department of Pharmacy, University of Limpopo, Sovenga, South Africa;

28 ¹⁶Department of Addictive Behaviour and Addiction Medicine, Central Institute of Mental Health, Medical Faculty

29 Mannheim, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany;

30 ¹⁷Department of Psychiatry, Radboudumc, Donders Institute for Brain, Cognition and Behavior, Nijmegen Institute for

31 Scientist Practitioners in Addiction (NISPA), Nijmegen, The Netherlands
32
33

34 Autheur correspondant

35 romain.icick@aphp.fr. CSAPA « Espace Murger », Département de Psychiatrie et de Médecine

36 Addictologique, Hôpital Fernand Widal, 200 rue du Faubourg Saint-Denis, 75010 Paris, France. Tel:

37 +33140054275 / Fax: +33140054213.
38
39
40
41
42
43
44
45
46

47 **Résumé**

48 **Contexte :** Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) de l'adulte est
49 souvent associé aux troubles de l'usage de substances (TUS), qui ont alors un début précoce et un
50 développement plus sévère, avec une efficacité moindre du traitement. Il n'existe pas de
51 recommandation en langue française sur le repérage, le diagnostic et la prise en charge de ces
52 situations de comorbidité. **Méthodes :** nous avons utilisé la méthode de Delphi modifiée et la revue de
53 la littérature pour aboutir à une déclaration de consensus concernant le dépistage, le diagnostic et le
54 traitement du TDAH chez les sujets souffrant de TUS. **Résultats :** Les outils de dépistage du TDAH sont
55 utiles chez les adultes souffrant de TUS. Ils devraient être utilisés en routine en cas de TUS, mais être
56 suivis d'une confirmation diagnostique du TDAH le plus vite possible. Un traitement simultané et
57 intégré du TDAH et des TUS combinant psychothérapie et de pharmacothérapie, est recommandé,
58 incluant le méthylphénidate et les amphétamines dans leurs formes à libération prolongée, ainsi que
59 l'atomoxétine. Des doses élevées peuvent être envisagées chez les patients ne répondant pas à la
60 posologie usuelle. **Discussion :** des outils diagnostiques et thérapeutiques sont disponibles pour la
61 prise en charge du TDAH en contexte de TUS. Les traitements pharmacologiques sont en cours
62 d'autorisation finale en France. Chez les sujets souffrant de TDAH, des comorbidités psychiatriques et
63 non-psychiatriques autres que le TUS sont très fréquentes, mais ne doivent pas retarder la prise en
64 charge multimodale.

65

66 **Mots-clés :** Consensus, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ; trouble de l'usage de
67 substances, adulte ; comorbidité ;

68 **Abstract**

69 **Background:** Attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD) in adults is often
70 associated with substance use disorders (SUD), which have an early onset and more severe
71 development, with less effective treatment. There are no recommendations in French on the
72 identification, diagnosis and management of these comorbid situations. **Methods:** We used the
73 modified Delphi method and literature review to arrive at a consensus statement regarding the
74 screening, diagnosis and treatment of ADHD in subjects with SUD. **Results:** ADHD screening tools are
75 useful in adults with SUD. They should be used routinely for SUD, but followed by diagnostic
76 confirmation of ADHD as soon as possible. Simultaneous and integrated treatment of ADHD and SUD,
77 combining psychotherapy and pharmacotherapy, is recommended, including methylphenidate and
78 amphetamines in their extended-release forms, as well as atomoxetine. High doses may be considered
79 for patients who do not respond to standard dosing. **Discussion:** Diagnostic and therapeutic tools are
80 available for the management of ADHD in the context of SUD. Pharmacological treatments are in the
81 process of final approval in France. In subjects with ADHD, psychiatric and non-psychiatric
82 comorbidities other than SUD are common, but should not delay multimodal management.

83

84 **Keywords:** Consensus, Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; substance use disorder; adult;
85 comorbidity;

86

87

88

89

90

91

92

93

94 **Introduction**

95 *Comorbidité du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et des troubles de* 96 *l'usage de substances*

97
98 Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble
99 neurodéveloppemental de l'enfance qui peut persister dans l'âge adulte [1]. Le TDAH est
100 fortement associé avec le développement de troubles de l'usage de substances (TUS),
101 souvent à un âge très précoce, avec une transition accélérée des TUS moins sévères vers des
102 TUS plus graves [2]. Les patients avec une comorbidité TDAH+TUS présentent des parcours
103 plus complexes et plus chroniques d'usage de substance, avec usage de multiples substances
104 plus fréquent, que les adultes avec TUS sans TDAH comorbide [1, 3]. Ils présentent également
105 un niveau de comorbidité psychiatrique plus élevé, incluant les troubles de personnalité
106 antisociale ou borderline, les troubles anxieux, le trouble bipolaire, le trouble de stress post-
107 traumatique [4]. Bien que les adultes avec une comorbidité TDAH+TUS reçoivent plus
108 fréquemment un traitement, ils ont plus de difficulté à rester abstinentes [5] et rapportent une
109 qualité de vie réduite avec plus de problèmes professionnels, sociaux et personnels [6]. Au
110 niveau pharmacologique, plusieurs études montrent une efficacité réduite des traitements du
111 TDAH utilisés à dose standard chez les patients avec une comorbidité TDAH+TUS [7].
112 Au total, la comorbidité TDAH+TUS est associée à de multiples problèmes et à une réduction
113 de l'efficacité des traitements usuels, ce qui rend très difficile le diagnostic et le traitement
114 adéquats chez les adultes avec le TDAH et des TUS.

115

116 *Prévalence de la comorbidité TDAH+TUS*

117 Le TDAH est associé à un risque élevé de développer ultérieurement un TUS [8]. La
118 comorbidité TDAH+TUS est hautement prévalente en milieu de soins addictologiques : dans
119 une méta-analyse de 29 études menées chez l'adulte, 23,1% des patients TUS avaient
120 également un TDAH [9]. Dans ces études, la prévalence du TDAH variait selon le type de
121 substance d'abus, le type de structure de soins (ambulatoire *versus* hospitalisation) et la
122 procédure diagnostique (questionnaire de dépistage *versus* entretien clinique structuré).
123 Dans une grande étude internationale, 13,9% des patients en soins pour un TUS avaient un
124 diagnostic DSM-IV de TDAH de l'adulte [10]. Dans cette étude, ni l'âge, le sexe, l'origine
125 géographique ou la substance du TUS principal n'étaient associés à la prévalence du TDAH
126 chez les patients TUS [10]. Plus précisément dans cette étude, la prévalence du TDAH de
127 l'adulte chez les patients en soins pour un trouble de l'usage d'alcool était de 5 à 22% en

128 milieu résidentiel et de 5 à 14% en milieu ambulatoire. Chez les patients en soins pour un
129 trouble de l'usage d'autres substances, cette prévalence était largement plus élevée : 5 à 52%
130 en milieu résidentiel et de 10 à 33% en milieu ambulatoire (les prévalences élevées
131 retrouvées dans les pays nordiques sont discutées dans l'article princeps). L'analyse plus fine,
132 substance par substance, chez 394 de ces patients retrouve un TDA/H de l'adulte chez 11%
133 des patients en soins pour un trouble de l'usage d'alcool, 29% pour le cannabis, 19% pour les
134 psychostimulants (cocaïne et amphétamines), 12% pour les opiacés et 30% pour les sédatifs.
135 Les différences de prévalence sont globalement significatives ($\chi^2 p = 0.005$). Au total, il
136 semble y avoir une prévalence du TDA/H plus élevée chez les adultes en soins pour des TUS
137 liés à d'autres substances que l'alcool, comme cela avait déjà été suggéré [11]. Notons que
138 TDA/H et nicotine entretiennent une forte association dans cet échantillon, ce qui peut
139 confondre/médier une partie des prévalences présentées [12].

140

141 *But et objectifs du Consensus*

142 Ce consensus a été conçu comme un guide pratique afin d'assister les professionnels dans le
143 dépistage, le diagnostic et le traitement des patients avec TUS et TDAH. Ce consensus est
144 destiné aux patients et aux cliniciens : généralistes, psychiatres, psychologues et autres
145 professionnels de santé qui travaillent avec les patients souffrant de troubles liés à l'usage d'
146 alcool et/ou de drogues.

147

148 **Méthode**

149 PubMed, Cinahl et Psycinfo ont été parcourus pour des articles en anglais, français et néerlandais publiés
150 entre janvier 1994 et décembre 2015 avec les termes "drug abuse", "substance use", "addiction",
151 "dependence" et "ADHD". En même temps nous avons cherché des recommandations existantes dans
152 Clinical Evidence, CEBAM, NHS Guideline finder, Cochrane library, NICE, National Guideline Clearinghouse et
153 GIN database. Tous les articles retrouvés et leurs références croisées pertinentes ont été examinés. Un
154 organigramme de cette recherche d'articles est présenté dans la Figure 1.

155 Les articles étaient exclus s'ils concernaient d'autres populations que les adultes, si un TDAH ou un TUS
156 n'était pas le diagnostic principal, s'ils étaient des revues de la littérature non suivies d'une méta-analyse,
157 des articles d'opinion personnelles ou des descriptions de protocoles de recherche. Ainsi, les propositions
158 de ce consensus sont surtout basés sur les preuves scientifiques publiées ($n = 212$; online suppl. Material 1,
159 cf. www.karger.com/doi/10.1159/000487767). En cas de preuves scientifiques insuffisantes, un consensus
160 d'experts du domaine était cherché, ce qui sera mentionné explicitement dans le texte principal le cas
161 échéant.

162 Le niveau de preuves des recommandations finales résumées dans le Tableau 2 a été classé selon le score
163 du « SIGN grading system », qui correspond aux recommandations de la Haute Autorité de Santé française

164 émises en 2013. La liste entière de références utilisées pour le consensus est disponible dans le supplément
165 de ce texte principal.

166 Ce consensus couvre deux sujets principaux : (i) le dépistage et le diagnostic du TDAH et des TUS et (ii) le
167 traitement du TDAH et des TUS. Ce consensus est parti du point de vue d'adultes souffrant de TUS avec un
168 TDAH sous-jacent, évalués dans des services d'addictologie. Les énoncés ci-dessous s'appliquent également
169 aux patients souffrant de TUS et de TDAH vus dans d'autres services de santé mentale.

170 Le travail sur ce consensus a débuté à partir des recommandations belges pour le traitement du TDAH et
171 des TUS complétées par des recommandations néerlandaises concernant (i) le traitement du TDAH chez
172 l'adulte et (ii) la prise en charge de la comorbidité TDAH+TUS chez les adolescents [13-16]. Aucune autre
173 recommandation n'a été retrouvée. La première version a été développée par les représentants belges et
174 néerlandais du « International Collaboration on ADHD and Substance Abuse » (ICASA, FM, CLC, WvdB,
175 GvdG) et a été distribuée aux membres d'ICASA présents à des réunions à Stockholm (13 experts), Bruxelles
176 (18 experts) et Budapest (21 experts), où elle a été discutée. Le consensus final a été rédigé par les membres
177 belges d'ICASA (CLC, FM) puis approuvée par les autres membres. La présente traduction française a été
178 menée par des membres belges (MvK & CC) et français (RI & FV) d'ICASA.

179

180 **Consensus concernant le dépistage et le diagnostic du TDAH et des TUS**

181 *Dépistage*

182 Le TDAH a une influence considérable sur le développement et l'évolution des TUS et une
183 détection précoce est d'une importance-clé pour un traitement efficace. La forte prévalence
184 du TDAH chez les individus présentant des TUS, ajouté au fait que de nombreux patients ne
185 mentionnent pas spontanément leurs symptômes de TDAH - mettant plutôt l'accent sur leurs
186 problèmes de TUS - rendent le dépistage du TDAH nécessaire en routine. Pour cela, plusieurs
187 outils sont disponibles. Dans le Tableau 1, nous présentons un aperçu des outils de dépistage
188 validés et utilisés aujourd'hui.

189 La *Short Version of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-SV)* est à ce jour la plus utilisée
190 et la mieux documentée chez les individus souffrant de TDAH avec TUS comorbides, ayant de
191 bonnes sensibilité et spécificité dans les différentes études (Tableau 1). De même, les échelles
192 *Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS)*, *Wender Utah Rating Scale (WURS)*, ou *Attention*
193 *Deficit Scales for Adults (ADSA)* permettent une bonne reconnaissance d'un TDAH éventuel
194 (Tableau 1), mais prennent plus de temps à remplir. Un dépistage positif devrait toujours
195 déboucher sur une évaluation diagnostique plus poussée. Malgré tout, les mesures de
196 sensibilité des outils de dépistage du TDAH indiquent que l'on manque jusqu'à 20% des cas
197 en utilisant un seul instrument. C'est pourquoi nous recommandons, si les ressources locales
198 le permettent, de combiner deux outils de dépistage. Les patients avec un tableau clinique
199 évocateur de TDAH devraient toujours recevoir une évaluation diagnostique étendue, même
200 en cas de dépistage négatif.

201

202 *Difficultés et Préoccupations concernant le diagnostic du TDAH de l'adulte chez les patients*
203 *souffrant de TUS.*

204 Le risque de sur-diagnostiquer et de sous-diagnostiquer le TDAH dans une population adulte
205 avec des TUS est source de préoccupations. La rigueur des critères du DSM-IV (Diagnostic
206 and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition), qui stipulent que le TDAH doit être
207 présent sans être « mieux expliqué par un autre trouble », pourrait compliquer le diagnostic
208 du TDAH chez les adultes avec des TUS et mener au sous-diagnostic [17]. De même, les
209 adultes avec des TUS ont souvent plus de difficultés à se souvenir de leurs symptômes
210 précoces de TDAH [15]. Ainsi, le TDAH peut être négligé, à tort, dans cette population. En
211 outre, chez les individus souffrant de TUS sans diagnostic de TDAH dans l'enfance, il est
212 moins probable que le comportement à l'âge adulte soit attribué au TDAH, mais plutôt aux
213 intoxications, sevrages, ou autres symptômes (notamment interpersonnels) du TUS [17].
214 Comme le TDAH n'est généralement pas la raison principale de la demande de soins des
215 patients avec TUS [18], ce sera la tâche du clinicien d'aborder le sujet du TDAH et de le
216 reconnaître chez ces patients. Enfin, beaucoup de conséquences du TDAH (perte d'emploi,
217 difficultés scolaires) sont également fréquentes chez les patients TUS et peuvent être
218 attribuées de façon erronée au TUS. Souvent les adultes avec le TDAH auront vécu avec des
219 symptômes depuis de nombreuses années, en développant des stratégies compensatoires
220 qui limiteront l'impact des symptômes ou les masqueront [19]. Le sur-diagnostic le TDAH
221 chez les patients TUS, c'est-à-dire quand les symptômes des TUS sont attribués à tort au
222 TDAH, est moins fréquent que le sous-diagnostic mais reste important. Il convient de
223 rechercher si les symptômes du TDAH surviennent également dans des environnements, des
224 situations et des étapes de la vie sans usage de substances. Le sur-diagnostic peut aussi se
225 produire quand on perçoit les symptômes induits par les substances ou leur sevrage comme
226 des symptômes du TDAH. Ainsi il est recommandé que l'histoire développementale, la
227 comorbidité psychiatrique et l'histoire familiale soient toutes évaluées. Pour finir, certains
228 patients pourraient exagérer leurs symptômes du TDAH afin d'obtenir des prescriptions de
229 stimulants pour en abuser ou pour les détourner. Pour toutes ces raisons une évaluation
230 suivie des symptômes du TDAH pendant le traitement pour les TUS est recommandée pour
231 réduire les risques d'erreur diagnostique, en particulier lors des périodes de stabilisation des
232 consommations ou d'abstinence [20].

233 Conformément aux étapes requises pour le diagnostic du TDAH dans une population sans
234 TUS, le diagnostic du TDAH chez des patients avec TUS doit inclure les étapes d'évaluation
235 suivantes: symptômes de TDAH actuels et durant l'enfance, histoire familiale de TDAH et de

236 TUS, histoire scolaire, professionnelle et maritale, et état médical général [21]. Il est important
237 d'inclure des facteurs environnementaux et psychosociaux au sens large dans la procédure
238 diagnostique. En effet, certains ont pu avoir des effets protecteurs ou néfastes sur le
239 fonctionnement de l'individu. En outre, le diagnostic du TDAH selon le DSM-5 nécessite que
240 certains symptômes doivent avoir été présents avant l'âge de 12 ans. Pour confirmer ces
241 symptômes précoces, l'historique du patient peut être complétée auprès de quelqu'un qui le
242 connaît bien (par exemple les parents ou les frères ou sœurs) selon le principe de l'hétéro-
243 anamnèse.

244

245 *Qui est apte à poser le diagnostic du TDAH ?*

246 Porter un diagnostic de TDAH nécessite à la fois un savoir et un savoir-faire. La littérature
247 recommande pour cela une formation dédiée au double diagnostic du TDAH et des TUS [22].
248 Le groupe expert reconnaît que tout médecin ou psychologue clinicien peut faire le
249 diagnostic du TDAH chez les patients avec TUS, pourvu qu'il/elle ait reçu une formation
250 étendue sur les diagnostics différentiels et qu'il/elle ait de l'expérience dans les soins de TUS
251 et avec des populations TDAH adultes.

252

253 *Quand le processus diagnostique devrait-il commencer ?*

254 Le groupe expert suggère de commencer le processus diagnostique le plus tôt possible :
255 (i) dès qu'il n'y a plus de symptômes sévères de sevrage et (ii) en absence d'intoxication
256 importante. La compilation des antécédents du patient, l'observation et le dépistage peuvent
257 débiter plus tôt. Si possible, on peut inclure une période d'abstinence, déterminée par
258 l'expérience clinique, prenant en compte la/les substance(s) d'abus consommées et le type de
259 structure dans laquelle le patient est traité. Le diagnostic préliminaire doit être vérifié au
260 cours du traitement car la présentation des symptômes du TDAH peut changer après un
261 traitement réussi des TUS. Un bon suivi évite le sur- et/ou sous-diagnostic : il est donc
262 essentiel de continuer à bien observer le patient.

263

264 *Recueil des symptômes actuels du TDAH et des antécédents cliniques chez les adultes avec*
265 *TUS*

266 Le diagnostic du TDAH devrait faire partie de l'examen psychiatrique, qui comprendra une
267 investigation poussée des symptômes actuels (en se servant d'instruments diagnostiques),
268 des antécédents (les éléments de la jeunesse, antécédents familiaux, l'histoire socio-
269 professionnelle, etc., par auto- et hétéro-anamnèse) et une évaluation supplémentaire à la
270 recherche de comorbidités et de diagnostics différentiels. L'hétéro-anamnèse est une aide

271 essentielle pour reconstituer l'histoire actuelle et passée des symptômes du TDAH selon une
272 perspective différente. Ce type de souvenirs peut être difficile à remémorer, et il peut être
273 utile de faire appel à des membres de la famille et à des proches, même si leur mémoire n'est
274 pas toujours fiable [23]. Quand on a affaire à une population d'adultes avec des TUS, il est
275 encore plus difficile d'obtenir de l'information concernant des expériences du passé. Le
276 patient peut être réticent à donner les coordonnées de ses proches, qui peuvent eux-mêmes
277 refuser de coopérer. Dans ce cas, des données plus objectives peuvent être obtenues par les
278 bulletins scolaires ou relevés de notes, en faisant particulièrement attention aux remarques
279 faites par les anciens professeurs [21]. Les symptômes associés à l'usage des substances du
280 patient peuvent être confondus avec des symptômes du TDAH et il est recommandé de se
281 concentrer sur les périodes sans alcool et/ou drogues de la vie du patient.

282 Les entretiens diagnostiques comme le *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for the*
283 *DSM-IV (CAADID)* peuvent être utiles au diagnostic. Le CAADID est souvent employé comme
284 référence dans le diagnostic du TDAH chez les patients avec TUS [22]. Le *Diagnostic Interview*
285 *for ADHD in adults (DIVA)* peut être mené en présence d'un proche (partenaire, membres de
286 la famille) pour réaliser auto- et hétéro-anamnèse simultanément, mais n'a pas encore été
287 validée chez des adultes avec TUS. Le *Psychiatric Research Interview for Substance and*
288 *Mental Disorders (PRISM)* est un entretien semi-structuré destiné aux diagnostics
289 psychiatriques comorbides avec les TUS et il est basé sur les critères du DSM-IV pour les
290 troubles d'axe I et II, y compris le TDAH [24]. Chez 80 patients avec TUS, (40 avec et 40 sans
291 TDAH), le PRISM avait une sensibilité de 80% et une spécificité de 88% pour la détection du
292 TDAH, comparé au CAADID [24].

293

294 *Evaluation de l'histoire d'abus de substances chez les patients adultes avec TDAH*

295 L'entretien individuel reste la meilleure façon d'établir l'histoire d'un TUS et des dommages
296 dans les différents domaines de vie (vie sociale, études, travail). On peut s'aider d'une
297 confirmation toxicologique à partir d'un échantillon urinaire, sanguin, ou capillaire de
298 l'absence de consommation actuelle, respectivement des derniers jours, heures ou mois, du
299 ou des produits habituels du patient.

300 On peut également s'aider des deux questionnaires suivant pour documenter une
301 consommation actuelle : le *Drug Abuse Screening Test (DAST)* et le *Alcohol Use Disorders*
302 *Identification Test (AUDIT)*. Les deux ont été investigués pour leur validité conceptuelle et
303 leur fiabilité, les résultats indiquant que ce sont des outils de dépistage acceptables des TUS
304 chez des adultes souffrant de TDAH [25].

305

306 *Le traitement du TDAH chez les adultes avec des TUS*

307 Un traitement approprié du TDAH chez des personnes avec des TUS se compose de
308 psychoéducation, de pharmacothérapie, de thérapie cognitivo-comportementale en groupe
309 ou individuelle aussi que de groupes de soutien [26]. Chez les adultes souffrant de
310 TDAH+TUS, la recherche suggère que combiner pharmacothérapie et psychothérapie est
311 efficace [27, 28].

312 Le traitement du TDAH doit être intégré avec le traitement des TUS, et vice-versa [28]. Cela
313 est important car les symptômes du TDAH peuvent influencer le traitement des TUS de façon
314 négative et/ou les TUS peuvent compliquer le traitement du TDAH. Il est conseillé de débiter
315 par le traitement des TUS, suivi par le traitement du TDAH dès que possible [29]. Quand les
316 TUS sont trop sévères, un court traitement résidentiel peut être indiqué. On doit garder à
317 l'esprit qu'un traitement adéquat du TDAH ne mène pas, à lui tout seul, à l'amélioration des
318 TUS, d'où l'importance de traiter les deux troubles en même temps.

319

320 *Pharmacothérapie*

321 Les études montrent que les médicaments ont une efficacité modérée dans la réduction des
322 symptômes du TDAH chez les patients avec comorbidité TDAH+TUS (taille d'effet standard
323 0,4–0,5 en moyenne). L'effet des médicaments est majoré lorsqu'ils sont combinés avec la
324 psychothérapie. En revanche, la pharmacothérapie du TDAH n'est en soi pas efficace pour
325 réduire l'usage de substances et demeure associée, en général, à une fréquence élevée
326 d'effets secondaires et d'arrêt de traitement [7, 29].

327 Des études non randomisées ont montré des résultats prometteurs vers une amélioration à la
328 fois du TDAH et des TUS, mais les essais en double aveugle contre placebo, plus récents,
329 étaient moins positifs. Le bupropion a montré une efficacité pour réduire les symptômes du
330 TDAH dans des essais en ouvert chez les patients TDAH+TUS, en contradiction avec une
331 petite étude contrôlée ne montrant pas d'effet supérieur au placebo [28]. Dans plusieurs
332 études, les symptômes du TDAH paraissaient s'améliorer dans tous les groupes, indiquant un
333 effet placebo important associé aux attentes et/ou à l'effet de la psychothérapie proposée
334 dans toutes les conditions de traitement.

335 Les essais contrôlés randomisés avec des posologies standards du méthylphénidate à
336 libération immédiate ou prolongée ont montré soit aucune amélioration du TDAH ou des
337 TUS, soit l'amélioration des symptômes du TDAH mais pas d'amélioration dans l'usage de
338 substances [30–33]. Cependant, ces résultats négatifs doivent être interprétés avec prudence,

339 car certaines de ces études étaient prometteuses concernant l'amélioration des TUS dans des
340 analyses secondaires [33-35]. De même, deux études avec des posologies plus élevées du
341 méthylphénidate (jusqu'à 180 mg/jour) montraient une réduction des symptômes du TDAH
342 et à la fois des effets renforçants et de l'usage de substances chez les adultes souffrant de
343 TDAH et de dépendance aux psychostimulants [36, 37]. En outre, des posologies élevées
344 d'amphétamines mixtes à libération prolongée (60 et 80 mg/jour) ont permis des réductions
345 substantielles à la fois du TDAH et de l'usage de substances chez les patients TDAH avec
346 dépendance à la cocaïne [37]. La pemoline [35] et l'atomoxétine [34] ont également montré
347 un effet significatif sur les symptômes du TDAH, l'atomoxétine ayant en outre permis une
348 baisse de l'envie et de la consommation d'alcool.

349

350 *Sécurité du traitement pharmacologique du TDAH chez les adultes avec de TUS comorbides*

351 Prescrire des stimulants aux individus avec des TUS reste controversé et de nombreux
352 cliniciens sont réticents à prescrire un traitement adéquat du TDAH chez les individus
353 souffrant également de TUS. Même si les médicaments stimulants peuvent être efficaces
354 pour traiter les individus souffrant de comorbidité TDAH+TUS, notamment à des posologies
355 plus élevées [36, 37], le risque d'abus et de détournement est clair, mais ne doit pas être
356 surestimé. Il est également important de reconnaître l'existence de sous-groupes à risque
357 plus élevé de mésusage : les adolescents et les adultes jeunes [36], même si les adultes plus
358 âgés n'en sont pas exempts. Il est important de noter que les formes à libération prolongée,
359 particulièrement les formules à système de libération osmotique du méthylphénidate (OROS-
360 MPH) et la lisdexamphétamine, ont des taux considérablement plus bas de mésusage et
361 d'abus comparés aux formes à libération immédiate [39].

362 Dans la littérature, les effets indésirables des médicaments stimulants ne sont pas plus
363 fréquents chez des patients TDAH+TUS que chez des patients avec TDAH sans TUS [40]. La
364 littérature ne mentionne pas non plus de complications sévères ou d'augmentation de
365 l'usage de substances lorsque l'on prescrit des stimulants centraux dans cette population
366 [29]. Néanmoins, une interaction liée à la posologie entre le disulfiram et le méthylphénidate
367 associée à des épisodes psychotiques a été décrite [41], et les populations avec des profils de
368 TUS particuliers comme les injecteurs de psychostimulants n'ont pas été incluses dans ces
369 études, à notre connaissance. Enfin, l'usage de médicaments stimulants pour traiter un TDAH
370 ne déclenche pas de TUS chez les adultes sans TUS préalable [42]. Au total, chez les patients
371 souffrant de TUS, le traitement pharmacologique du TDAH est utile pour réduire les

372 symptômes du TDAH sans pour autant aggraver les TUS [43]. Son utilisation ne devrait donc
373 pas être évitée.

374 Concernant la prévention des TUS, le traitement du TDAH chez l'enfant par des médicaments
375 stimulants pourrait avoir un effet protecteur contre le développement des TUS, pourvu que le
376 traitement soit débuté très jeune et poursuivi suffisamment longtemps [44].

377

378 Dans l'ensemble, les cliniciens doivent rester prudents dans la prescription des stimulants
379 centraux, particulièrement chez des populations à haut risque. Pourtant, l'abus et le
380 détournement peuvent être réduits grâce à une surveillance rapprochée, en utilisant des
381 formes à libération prolongée et en entrant en discussion avec les patients sur l'importance
382 de respecter leur traitement. Comme avec n'importe quel médicament à prescription
383 contrôlée, le clinicien doit peser le risque d'abus et de détournement contre le potentiel
384 thérapeutique des médicaments. Après avoir bien évalué tous ces éléments, le prescripteur
385 devra utiliser son jugement clinique concernant la pertinence de l'initiation/la poursuite de la
386 pharmacothérapie stimulante. Il faut noter qu'en France, seule la RITALINE® LP possède,
387 depuis le 13 avril 2021, une extension de son autorisation de mise sur le marché (AMM) pour
388 l'adulte, sous réserve que le TDAH était présent dans l'enfance (qu'il ait alors été
389 diagnostiqué/traité ou non). Au moment de l'écriture de cet article, les modalités de
390 remboursement n'étaient cependant pas fixées. Pour toutes les autres spécialités, l'AMM
391 demeure restreinte à la poursuite d'un traitement du TDAH de l'enfance à l'âge adulte, ce qui
392 nécessite d'en informer le patient, de l'inscrire sur l'ordonnance et exclut le remboursement.

393

394 *Rétention en thérapie*

395 La rétention en soins est un sujet majeur dans les soins des TUS, d'autant plus en cas de
396 TDAH comorbide [5]. Souvent, les patients voient le traitement du TDAH comme un signe de
397 reconnaissance de leurs problèmes, ce qui pourrait augmenter la rétention. A l'inverse, sous-
398 diagnostiquer le TDAH chez des patients TUS peut réduire la coopération et la rétention dans
399 le traitement des TUS. Les médicaments qui n'agissent qu'après quelques semaines (comme
400 l'atomoxétine) peuvent également être une cause de consommation continue de substances
401 et d'arrêt de traitement. Chez des patients avec TDAH, la gravité des TUS, plutôt que la seule
402 présence du TDAH, est prédictive de l'issue du traitement [45]. Les patients adultes avec
403 TDAH et TUS traités avec le méthylphénidate présentent une meilleure rétention que des
404 patients TDAH qui reçoivent un placebo [46]. Des posologies plus élevées de

405 méthylphénidate sont également associées à une meilleure adhésion aux soins sur le long
406 terme [47].

407

408 *Interventions non médicamenteuses*

409 Il y a peu d'études sur le traitement non médicamenteux des patients avec TDAH et TUS. Les
410 cliniciens devront privilégier les thérapies mettant l'accent sur les symptômes communs aux
411 deux troubles, dans le cadre d'une approche multimodale combinant psychothérapie et
412 pharmacothérapie [27, 28, 48]. Le premier essai contrôlé randomisé qui a comparé la thérapie
413 cognitivo-comportementale intégrée (TCCI) avec une TCC standard pour des patients
414 souffrant de TDAH et de TUS comorbides a montré des résultats encourageants en faveur de
415 la TCCI, avec une réduction plus importante des symptômes de TDAH que la TCC [49]. Par
416 ailleurs, dans une étude qualitative, des patients avec le TDAH et des TUS exprimaient un
417 souhait d'une optique de coaching [50]. Un entraînement de compétences fondé sur la
418 thérapie dialectique comportementale pour des adultes avec TDAH et TUS a aussi été décrit,
419 mais avec des résultats inégaux concernant l'efficacité [51]. Les recommandations belges
420 rapportent une approche pratique pour le traitement non médicamenteux des patients TDAH
421 avec des TUS [52].

422 A ce jour, il n'y a pas d'étude publiée évaluant d'autres interventions non médicamenteuses,
423 comme du coaching individuel, des entraînements de compétences structurés, de la thérapie
424 dialectique comportementaliste ou de la thérapie basée sur la pleine conscience dans le
425 cadre de la comorbidité du TDAH et des TUS.

426 **Discussion**

427 Étant donné la prévalence élevée du TDAH chez des patients TUS, tous les patients
428 d'addictologie devraient être dépistés pour le TDAH de l'adulte au moyen de l'ASRS, la
429 Wender Utah Rating Scale ou la Conners' Adult ADHD Rating Scale, qui ont été suffisamment
430 validés dans cette situation. Si le résultat du dépistage est positif pour le TDAH, ou s'il reste
431 une suspicion clinique du TDAH, le clinicien ayant une formation spécialisée sur le diagnostic
432 différentiel du TDAH et une expérience en addictologie doit initier un examen diagnostique
433 plus approfondi. L'utilisation de questionnaires et d'entretiens semi-structurés peuvent être
434 utiles pour le diagnostic même si, à ce jour, aucun n'a été suffisamment validé chez une
435 population avec le TDAH et des TUS. L'examen diagnostique devra être complété
436 d'observations et d'anamnèse collatérales, y compris lors d'un suivi rapproché pour réduire le
437 risque de sur- ou sous-diagnostic. Le partenaire et/ou la famille peut apporter de
438 l'information sur les symptômes actuels ou passés du patient, les bulletins scolaires avec les

439 commentaires d'anciens professeurs pouvant également être utiles. Une attention particulière
440 doit être portée dans l'anamnèse aux symptômes du TDAH en période d'abstinence des
441 consommations sur la vie entière. Ce consensus porte sur le diagnostic et le traitement du
442 TDAH chez les patients TUS en demande de traitement. Néanmoins, plus d'un tiers de ces
443 patients souffrent d'autres comorbidités [4], qui souvent auront été évaluées et
444 diagnostiquées bien avant la considération d'un éventuel TDAH. Par exemple, van Emmerik-
445 van Oortmerssen et al. [4] ont montré que le fait d'avoir un diagnostic de TDAH comorbide
446 d'un TUS double la probabilité d'avoir d'autres diagnostics psychiatriques ; jusqu'à un taux de
447 75%, ce qui fait du TDAH un facteur de risque majeur de comorbidités supplémentaires. Cela
448 représente un motif supplémentaire d'avoir fait de la détection et du traitement du TDAH le
449 thème de ce consensus. L'expérience clinique et les avis d'experts pointent régulièrement la
450 cocaïne comme une substance préférentielle chez les individus souffrant de TDA/H,
451 notamment par de possibles effets qualifiés de paradoxaux : ces individus seraient apaisés
452 par l'usage de cocaïne, à l'instar de l'effet attendu des stimulants centraux efficaces dans le
453 TDA/H [53]. Cependant, de nombreuses données suggèrent l'absence d'association
454 préférentielle entre cocaïne et TDA/H. Un suivi prospectif d'enfants avec TDA/H et examinés
455 attentivement pour le développement de TUS a montré que seule la nicotine prédisait
456 significativement la persistance du TDA/H à l'âge adulte [54]. En outre, la méta-analyse de
457 van Emmerik-van Oortmerssen et al. [9] montre même un effet significatif mais négatif entre
458 TUS lié à la cocaïne et diagnostic de TDA/H. Cela est peut-être lié au fait que cette méta-
459 analyse a regroupé des études ayant utilisé des questionnaires diagnostiques très étayés
460 pour le TDA/H (type CAADID). Notons également que et les sujets TDA/H + TUS cocaïne ont
461 des troubles cognitifs égaux ou supérieurs aux sujets TDA/H avec d'autres TUS [55]. Des
462 résultats obtenus dans une population en soins pour des TUS sévères a d'ailleurs montré que
463 les usagers chroniques de cocaïne avaient tendance à avoir un dépistage de TDA/H négatif
464 dans l'enfance mais positif à l'âge adulte, avec une interaction inverse pour l'usage chronique
465 d'opiacés [56]. Cela suggère des faux-positifs du diagnostic de TDA/H dans cette population,
466 avec un effet de la cocaïne ayant tendance à mimer plutôt qu'apaiser les symptômes du
467 trouble, en tout cas quand elle est consommée de façon chronique. Au total, cette
468 association entre TDA/H et effet paradoxalement calmant/pro-attentionnel de la cocaïne
469 pourrait concerner certaines sous-populations, mais les données disponibles ne permettent
470 pas d'en faire un élément solide pour le dépistage du TDA/H. Le profil de substances
471 consommées et des TUS rencontrés chez les adolescents souffrant de TDA/H est assez
472 différent. Il fait surtout émerger les liens forts entre TDA/H et trouble de l'usage d'alcool et

473 de nicotine [54, 57, 58]. Des données plus étendues sur ce point peuvent être retrouvées
474 dans l'article de consensus du réseau ICASA correspondant aux adolescents [59].
475 Bien que les données existantes permettent de recommander l'utilisation des traitements
476 pharmacologiques et non-pharmacologiques chez les adultes souffrant de TDA/H et TUS
477 comorbide, la présence de TUS comorbide(s) complique la prise en charge du TDA/H [60] et
478 réduit la réponse au traitement du TDA/H - qui reste cependant plus efficace que le placebo
479 [45, 61]. Les essais contrôlés montrent une amélioration seulement modérée des symptômes
480 du TDAH par un traitement pharmacologique chez les patients avec TDAH et TUS. Il ne
481 semble pas y avoir de bénéfice différent entre le MPH à libération immédiate vs. prolongée
482 dans cette population [61, 62], en revanche, le potentiel d'abus largement plus faible du MPH
483 à libération prolongée incite à préférer systématiquement ces formes. Notons que les sels
484 d'amphétamine semblent être le stimulant central le plus efficace dans le TDA/H avec TUS,
485 dans leur forme à libération prolongée [63]. Ces difficultés sont semblables à celles observées
486 en cas de comorbidité addictive dans la prise en charge d'autres troubles psychiatriques
487 chroniques tels le trouble bipolaire [64] ou la schizophrénie [65] quand ils sont comorbides
488 avec un TUS. Au total, il ne faudra donc pas écarter la pharmacothérapie et les données
489 disponibles incitent plutôt à l'encourager, tout en gardant un esprit critique, une préférence
490 pour l'utilisation de stimulants à libération prolongée (parfois à forte dose) pour les patients
491 avec des troubles liés à l'usage de stimulants, ou de l'atomoxétine pour les patients avec des
492 troubles liés à l'usage d'alcool. La prescription de psychostimulants, sur ordonnance
493 sécurisée, fera idéalement l'objet d'une délivrance contrôlée (centre spécialisé, officine) dans
494 les débuts du traitement. Le traitement du TDAH peut être utile pour réduire les symptômes
495 du TDAH sans aggraver les TUS, et l'on doit envisager le traitement du TDAH et des TUS avec
496 leurs médicaments respectifs de façon simultanée. Par exemple, pour un patient présentant
497 un TDAH et un trouble lié à l'usage d'alcool, on peut imaginer un traitement par atomoxétine
498 combiné à la naltrexone, le nalméfène ou l'acamprosate. Une approche multimodale
499 combinant pharmacothérapie (pour le TDAH comme pour les TUS) et intervention non
500 pharmacologique visant à la fois TDAH et TUS est justifiée, mais d'autres études sont
501 nécessaires sur ce point.

502

503

504 **Références**

- 505 [1] Kaye S, Ramos-Quiroga JA, van de Glind G, Levin FR, Faraone SV, Allsop S,
506 Degenhardt L, Moggi F, Barta C, Konstenius M, Franck J, Skutle A, Bu ET, Koeter MW,
507 Demetrovics Z, Kapitány-Fövény M, Schoevers RA, van Emmerik-van Oortmerssen K,
508 Carpentier PJ, Dom G, Verspreet S, Crunelle CL, Young JT, Carruthers S, Cassar J, Fatséas M,
509 Auriacombe M, Johnson B, Dunn M, Slobodin O, van den Brink W: Persistence and subtype
510 stability of ADHD among substance use disorder treatment seekers. *J Atten Disord* 2016;
511 pii:1087054716629217.
- 512 [2] Fatséas M, Hurmic H, Serre F, Debrabant R, Daulouède JP, Denis C, Auriacombe M:
513 Addiction severity pattern associated with adult and childhood attention deficit hyperactivity
514 disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Res* 2016; 246: 656–662.
- 515 [3] Young JT, Carruthers S, Kaye S, Allsop S, Gilsean J, Degenhardt L, van de Glind G, van
516 den Brink W, Preen D: Comorbid attention deficit hyperactivity disorder and substance use
517 disorder complexity and chronicity in treatment-seeking adults. *Drug Alcohol Rev* 2015; 34:
518 683–693.
- 519 [4] van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, Koeter MW, Allsop S, Auriacombe
520 M, Barta C, Bu ET, Burren Y, Carpentier PJ, Carruthers S, Casas M, Demetrovics Z, Dom G,
521 Faraone SV, Fatséas M, Franck J, Johnson B, Kapitány-Fövény M, Kaye S, Konstenius M, Levin
522 FR, Moggi F, Møller M, Ramos-Quiroga JA, Schillinger A, Skutle A, Verspreet S; IASP research
523 group, van den Brink W, Schoevers RA: Psychiatric comorbidity in treatment-seeking
524 substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder:
525 results of the IASP study. *Addiction* 2014; 109: 262–272.
- 526 [5] Levin FR, Evans SM, Vosburg SK, Horton T, Brooks D, Ng J: Impact of attention-deficit
527 hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine
528 abusers in a therapeutic community. *Addict Behav* 2004; 29: 1875–1882.
- 529 [6] Kronenberg LM, Goossens PJ, van Etten DM, van Achterberg T, van den Brink W: Need
530 for care and life satisfaction in adult substance use disorder patients with and without
531 attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *Perspect*
532 *Psychiatr Care* 2015; 51: 4–15.
- 533 [7] Cunill R, Castells X, Tobias A, Capellà D: Pharmacological treatment of attention deficit
534 hyperactivity disorder with co-morbid drug dependence. *J Psychopharmacol* 2015; 29: 15–23.
- 535 [8] Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E: Childhood attention-deficit/hyperactivity
536 disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J Am Acad Child*
537 *Adolesc Psychiatry* 2011; 50: 9–21.

- 538 [9] van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle
539 CL, Swets M, Schoevers RA: Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance
540 use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*
541 2012; 122: 11–9.
- 542 [10] van de Glind G, Konstenius M, Koeter MWJ, van Emmerik-van Oortmerssen K,
543 Carpentier PJ, Kaye S, Degenhardt L, Skutle A, Franck J, Bu ET, Moggi F, Dom G, Verspreet S,
544 Demetrovics Z, Kapitány-Fövény M, Fatséas M, Auriacombe M, Schillinger A, Møller M,
545 Johnson B, Faraone SV, Ramos-Quiroga JA, Casas M, Allsop S, Carruthers S, Schoevers RA,
546 Wallhed S, Barta C, Alleman P; IASP Research Group, Levin FR, van den Brink W: Variability in
547 the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results
548 from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug Alcohol*
549 *Depend* 2014; 134: 158–166.
- 550 [11] Regnart, Judith, Ilse Truter, et Anneke Meyer. 2017. « Critical Exploration of Co-
551 Occurring Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Mood Disorder and Substance Use
552 Disorder ». *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 17 (3): 275-82.
553 <https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1351878>.
- 554 [12] Sánchez-García, Natalie C., Rafael A. González, Josep A. Ramos-Quiroga, Wim van
555 den Brink, Mathias Luderer, Matthijs Blankers, Lara Grau-Lopez, et al. 2020. « Attention Deficit
556 Hyperactivity Disorder Increases Nicotine Addiction Severity in Adults Seeking Treatment for
557 Substance Use Disorders: The Role of Personality Disorders ». *European Addiction Research*
558 26 (4-5): 191-200. <https://doi.org/10.1159/000508545>.
- 559 [13] Matthys F, Möbius D, Stes S, et al: Good Clinical Practice in de Herkenning en
560 Behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen. Richtlijnen voor de
561 klinische praktijk. Brussel, VAD, 2010.
- 562 [14] Matthys F, Soye V, van den Brink W, Joostens P, Tremmery S, Sabbe B: Barriers to
563 implementation of treatment guidelines for ADHD in adults with substance use disorder. *J*
564 *Dual Diagn* 2014; 10: 130–138.
- 565 [15] [http://www.nvvp.net/stream/richtlijn-adhdbij-volwassenen-fase-1-diagnostiek-en-](http://www.nvvp.net/stream/richtlijn-adhdbij-volwassenen-fase-1-diagnostiek-en-medicamenteuze-behandeling-2015)
566 [medicamenteuze-behandeling-2015](http://www.nvvp.net/stream/richtlijn-adhdbij-volwassenen-fase-1-diagnostiek-en-medicamenteuze-behandeling-2015) (accessed March 16, 2017).
- 567 [16] Hendriks V, de Jong C: Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten:
568 screening, diagnostiek en behandeling in de jeugd-GGZ en jeugdverslavingszorg. Perspectief
569 Uitgevers, 2014;ISBN:9789492121134.
- 570 [17] Levin FR, Upadhyaya HP: Diagnosing ADHD in adults with substance use disorder:
571 DSM-IV criteria and differential diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:e18.

- 572 [18] Dakwar E, Levin FR, Olfson M, Wang S, Kerridge B, Blanco C: First treatment contact
573 for ADHD: predictors of and gender differences in treatment seeking. *Psychiatr Serv* 2014; 65:
574 1465–1473.
- 575 [19] Barkley RA, Brown TE: Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults
576 presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr* 2008; 13: 977–984.
- 577 [20] Fatseas M, Debrabant R, Auriacombe M: The diagnostic accuracy of attention-
578 deficit/hyperactivity disorder in adults with substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*
579 2012; 25:219–225.
- 580 [21] Adler L, Cohen J: Diagnosis and evaluation of adults with attention-
581 deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2004; 27:187–201.
- 582 [22] Martinez-Raga J, Szerman N, Knecht C, de Alvaro R: Attention deficit hyperactivity
583 disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition. *Int J*
584 *Adolesc Med Health* 2013; 25: 231–243.
- 585 [23] Moffitt TE, Houts R, Asherson P, Belsky DW, Corcoran DL, Hammerle M, Harrington H,
586 Hogan S, Meier MH, Polanczyk GV, Poulton R, Ramrakha S, Sugden K, Williams B, Rohde LA,
587 Caspi A: Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a
588 four-decade longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 967–977.
- 589 [24] Ramos-Quiroga JA, Díaz-Digon L, Comín M, Bosch R, Palomar G, Chalita JP, Roncero
590 C, Nogueira M, Torrens M, Casas M: Criteria and concurrent validity of adult ADHD section of
591 the psychiatry research interview for substance and mental disorders. *J Atten Disord* 2015; 19:
592 999–1006.
- 593 [25] McCann BS, Simpson TL, Ries R, Roy-Byrne P: Reliability and validity of screening
594 instruments for drug and alcohol abuse in adults seeking evaluation for attention-
595 deficit/hyperactivity disorder. *Am J Addict* 2000; 9: 1–9.
- 596 [26] Goossensen MA, van de Glind G, Carpentier PJ, Wijzen RM, van Duin D, Kooij JJ: An
597 intervention program for ADHD in patients with substance use disorders: preliminary results
598 of a field trial. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30: 253–259.
- 599 [27] Zulauf CA, Sprich SE, Safren SA, Wilens TE: The complicated relationship between
600 attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep*
601 2014; 16: 436.
- 602 [28] Torrens M, Rossi PC, Martinez-Riera R, Martinez-Sanvisens D, Bulbena A: Psychiatric
603 comorbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated
604 system? *Subst Use Misuse* 2012; 47: 1005–1014.

605 [29] Wilens TE, Morrison NR: Substance-use disorders in adolescents and adults with
606 ADHD: focus on treatment. *Neuropsychiatry (London)* 2012; 2: 301–312.

607 [30] Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Kalbag AS, Garawi F, Nunes EV: Treatment of
608 methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of
609 methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug Alcohol Depend* 2006; 81: 137–148.

610 [31] Riggs PD, Winhusen T, Davies RD, Leimberger JD, Mikulich-Gilbertson S, Klein C,
611 Macdonald M, Lohman M, Bailey GL, Haynes L, Jaffee WB, Haminton N, Hodgkins C,
612 Whitmore E, Trello-Rishel K, Tamm L, Acosta MC, Royer-Malvestuto C, Subramaniam G,
613 Fishman M, Holmes BW, Kaye ME, Vargo MA, Woody GE, Nunes EV, Liu D: Randomized
614 controlled trial of osmotic-release methylphenidate with cognitive-behavioral therapy in
615 adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *J Am*
616 *Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50: 903–914.

617 [32] Schubiner H, Saules KK, Arfken CL, Johanson CE, Schuster CR, Lockhart N, Edwards A,
618 Donlin J, Pihlgren E: Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the
619 treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. *Exp Clin*
620 *Psychopharmacol* 2002; 10: 286–294.

621 [33] Winhusen TM, Somoza EC, Brigham GS, Liu DS, Green CA, Covey LS, Croghan IT, Adler
622 LA, Weiss RD, Leimberger JD, Lewis DF, Dorer EM: Impact of attention-deficit/hyperactivity
623 disorder (ADHD) treatment on smoking cessation intervention in ADHD smokers: a
624 randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:1680–1688.

625 [34] Wilens TE, Adler LA, Weiss MD, Michelson D, Ramsey JL, Moore RJ, Renard D, Brady
626 KT, Trzepacz PT, Schuh LM, Ahrbecker LM, Levine LR; Atomoxetine ADHD/SUD Study Group:
627 Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. *Drug*
628 *Alcohol Depend* 2008; 96: 145–154.

629 [35] Riggs PD, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, Lohman M, Kayser A: A randomized
630 controlled trial of pemoline for attention-deficit/hyperactivity disorder in substance-abusing
631 adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 420–429.

632 [36] Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Guterstam J, Beck O, Philips B, Franck J:
633 Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal
634 offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial.
635 *Addiction* 2014; 109: 440–449.

636 [37] Levin FR, Mariani JJ, Specker S, Mooney M, Mahony A, Brooks DJ, Babb D, Bai Y, Eberly
637 LE, Nunes EV, Grabowski J: Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for

638 comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use disorder: a
639 randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 593–602.

640 [38] Austic EA: Peak ages of risk for starting nonmedical use of prescription stimulants.
641 *Drug Alcohol Depend* 2015; 152: 224–229.

642 [39] Cassidy TA, Varughese S, Russo L, Budman SH, Eaton TA, Butler SF: Nonmedical use
643 and diversion of ADHD stimulants among U.S. Adults ages 18–49: a National internet survey.
644 *J Atten Disord* 2015; 19: 630–640.

645 [40] Kollins SH, Youcha S, Lasser R, Thase ME: Lisdexamfetamine dimesylate for the
646 treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults with a history of depression or
647 history of substance use disorder. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8: 28–32.

648 [41] Grau-López L, Roncero C, Navarro MC, Casas M: Psychosis induced by the interaction
649 between disulfiram and methylphenidate may be dose dependent. *Subst Abus* 2012; 33: 186–
650 188.

651 [42] Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K, Vaaler A, Nordahl HM: Prevalence of comorbid
652 substance use disorder during long-term central stimulant treatment in adult ADHD. *Atten*
653 *Defic Hyperact Disord* 2013; 5: 59–67.

654 [43] Klassen LJ, Bilkey TS, Katzman MA, Chokka P: Comorbid attention deficit/hyperactivity
655 disorder and substance use disorder: treatment considerations. *Curr Drug Abuse Rev* 2012; 5:
656 190–198.

657 [44] Humphreys KL, Eng T, Lee SS: Stimulant medication and substance use outcomes: a
658 meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2013; 70:740–749.

659 [45] Tamm L, Trello-Rishel K, Riggs P, Nakonezny PA, Acosta M, Bailey G, Winhusen T:
660 Predictors of treatment response in adolescents with comorbid substance use disorder and
661 attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Subst Abuse Treat* 2013; 44: 224–230.

662 [46] Kollins SH: Comparing the abuse potential of methylphenidate versus other
663 stimulants: a review of available evidence and relevance to the ADHD patient. *J Clin*
664 *Psychiatry* 2003; 64: 14–18.

665 [47] Skoglund C, Brandt L, Almqvist C, D’Onofrio BM, Konstenius M, Franck J, Larsson H:
666 Factors associated with adherence to methylphenidate treatment in adult patients with
667 attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *J Clin Psychopharmacol*
668 2016; 36: 222–228.

669 [48] Aviram RB, Rhum M, Levin FR: Psychotherapy of adults with comorbid attention-
670 deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorder. *J Psychother Pract Res*
671 2001; 10: 179–186.

672 [49] van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ, Blankers M, Dekker JJM, van
673 den Brink W, et al. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use
674 disorder patients: Results of a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend.* 01
675 2019;197:28-36. 48 Kronenberg LM, Verkerk-Tamminga R, Goossens PJ, van den Brink W, van
676 Achterberg T: Personal recovery in individuals diagnosed with substance use disorder (SUD)
677 and co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder
678 (ASD). *Arch Psychiatr Nurs* 2015; 29: 242–248.

679 [50] Bihlar Muld B, Jokinen J, Bölte S, Hirvikoski T: Skills training groups for men with
680 ADHD in compulsory care due to substance use disorder: a feasibility study. *Atten Defic*
681 *Hyperact Disord* 2016; 8: 159–172.

682 [51] Matthys F, Bronckaerts A, Crunelle CL: Managing ADHD in the presence of substance
683 use disorders. Gompel & Svacina, 2018. ISBN 978 94 6371 023 7.

684 [52] van de Glind G, van den Brink W, Koeter MW, et al: Validity of the Adult ADHD Self-
685 Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use
686 disorder patients. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132: 587–596.

687 [53] Mariani, John J., Edward J. Khantzian, et Frances R. Levin. 2014. « The Self-Medication
688 Hypothesis and Psychostimulant Treatment of Cocaine Dependence: An Update ». *The*
689 *American Journal on Addictions* 23 (2): 189-93. [https://doi.org/10.1111/j.1521-](https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12086.x)
690 [0391.2013.12086.x](https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12086.x).

691 [54] Pingault, J.-B., S. M. Côté, C. Galéra, C. Genolini, B. Falissard, F. Vitaro, et R. E. Tremblay.
692 2013. « Childhood Trajectories of Inattention, Hyperactivity and Oppositional Behaviors and
693 Prediction of Substance Abuse/Dependence: A 15-Year Longitudinal Population-Based
694 Study ». *Molecular Psychiatry* 18 (7): 806-12. <https://doi.org/10.1038/mp.2012.87>.

695 [55] Miguel, Carmen S., Paula A. Martins, Nathalya Moleda, Margarete Klein, Tiffany
696 Chaim-Avancini, Maria A. Gobbo, Tania M. Alves, Maria A. Silva, et Mario R. Louzã. 2016.
697 « Cognition and Impulsivity in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder with and
698 without Cocaine and/or Crack Dependence ». *Drug and Alcohol Dependence* 160 (mars):
699 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.040>.

700 [56] Vorspan, Florence, Pauline de Witt, El-Hadi Zerdazi, Emily Karsinti, Kamilia Ksouda,
701 Romain Icick, Frank Bellivier, Nicolas Marie, Georges Brousse, et Vanessa Bloch. 2020.
702 « Chronic Exposure to Cocaine Is Associated with Persistent Behavioral Disturbances. A Cross-
703 Sectional Dimensional Study in Outpatients with Multiple Substance Use Disorders ». *Psychopharmacology* 237 (11): 3399-3407. <https://doi.org/10.1007/s00213-020-05620-x>.

705 [57] Charach, Alice, Emanuela Yeung, Troy Climans, et Erin Lillie. 2011. « Childhood
706 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Future Substance Use Disorders: Comparative
707 Meta-Analyses ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50 (1):
708 9-21. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.09.019>.

709 [58] Chang, Zheng, Paul Lichtenstein, et Henrik Larsson. 2012. « The Effects of Childhood
710 ADHD Symptoms on Early-Onset Substance Use: A Swedish Twin Study ». *Journal of*
711 *Abnormal Child Psychology* 40 (3): 425-35. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9575-6>.

712 [59] Özgen, Heval, Renske Spijkerman, Moritz Noack, Martin Holtmann, Arnt S. A.
713 Schellekens, Geurt van de Glind, Tobias Banaschewski, et al. 2020. « International Consensus
714 Statement for the Screening, Diagnosis, and Treatment of Adolescents with Concurrent
715 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder ». *European Addiction*
716 *Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1159/000508385>.

717 [60] Wilens, Timothy E., et Himanshu P. Upadhyaya. 2007. « Impact of Substance Use
718 Disorder on ADHD and Its Treatment ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 68 (8): e20.
719 <https://doi.org/10.4088/jcp.0807e20>.

720 [61] Chamakalayil, Sunsha, Johannes Strasser, Marc Vogel, Serge Brand, Marc Walter, et
721 Kenneth M. Dürsteler. 2020. « Methylphenidate for Attention-Deficit and Hyperactivity
722 Disorder in Adult Patients With Substance Use Disorders: Good Clinical Practice ». *Frontiers in*
723 *Psychiatry* 11: 540837. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.540837>.

724 [62] Simon, Nicolas, Benjamin Rolland, et Laurent Karila. 2015. « Methylphenidate in Adults
725 with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders ». *Current*
726 *Pharmaceutical Design* 21 (23): 3359-66.
727 <https://doi.org/10.2174/1381612821666150619093254>.

728 [63] Levin, Frances R., John J. Mariani, Sheila Specker, Marc Mooney, Amy Mahony, Daniel
729 J. Brooks, David Babb, et al. 2015. « Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo
730 for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder: A
731 Randomized Clinical Trial ». *JAMA Psychiatry* 72 (6): 593-602.
732 <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.41>.

733 [64] Salloum, Ihsan M., et Edson Sherwood Brown. 2017. « Management of comorbid
734 bipolar disorder and substance use disorders ». *The American Journal of Drug and Alcohol*
735 *Abuse* 43 (4): 366-76. <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1292279>.

736 [65] Azorin, Jean-Michel, Nicolas Simon, Marc Adida, et Raoul Belzeaux. 2016.
737 « Pharmacological Treatment of Schizophrenia with Comorbid Substance Use Disorder ».

738 *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 17 (2): 231-53.
739 <https://doi.org/10.1517/14656566.2016.1114101>.

740 [66] Chiasson JP, Stavro K, Rizkallah É, et al: Questioning the specificity of ASRS-v1.1 to
741 accurately detect ADHD in substance abusing populations. *J Atten Disord* 2012; 16: 661–663.

742 [67] Reyes MM, Schneekloth TD, Hitschfeld MJ, et al: The Clinical Utility of ASRS-v1.1 for
743 Identifying ADHD in Alcoholics Using PRISM as the Reference Standard. *J Atten Disord* 2016;
744 pii: 1087054716646450.

745 [68] Konstenius M, Larsson H, Lundholm L, et al: An epidemiological study of ADHD,
746 substance use, and comorbid problems in incarcerated women in Sweden. *J Atten Disord*
747 2015; 19: 44–52.

748 [69] Daigre C, Roncero C, Rodríguez-Cintas L, et al: Adult ADHD screening in alcohol-
749 dependent patients using the Wender-Utah Rating Scale and the adult ADHD Self-Report
750 Scale. *J Atten Disord* 2015; 19: 328–334.

751 [70] Dakwar E, Mahony A, Pavlicova M, et al: The utility of attention-deficit/hyperactivity
752 disorder screening instruments in individuals seeking treatment for substance use disorders. *J*
753 *Clin Psychiatry* 2012; 73: e1372–e1378.

754 [71] West SL, Mulsow M, Arredondo R: An examination of the psychometric properties of
755 the attention deficit scales for adults with outpatient substance abusers. *Am J Drug Alcohol*
756 *Abuse* 2007; 33: 755–764.

757
758

759 **Remerciements**

760 Ce travail a été réalisé sous l'impulsion et la coordination du réseau ICASA. Les auteurs
761 remercient les éditions KARGER© pour avoir autorisé la traduction de la version anglaise de
762 ce travail.

763 Ce travail a été conduit partiellement grâce à un financement de l'Institut de Recherche en
764 Santé Publique (IReSP) obtenu en 2019 (RING-PHD-CASA).

Figure 1: organigramme des résultats de recherche de littérature

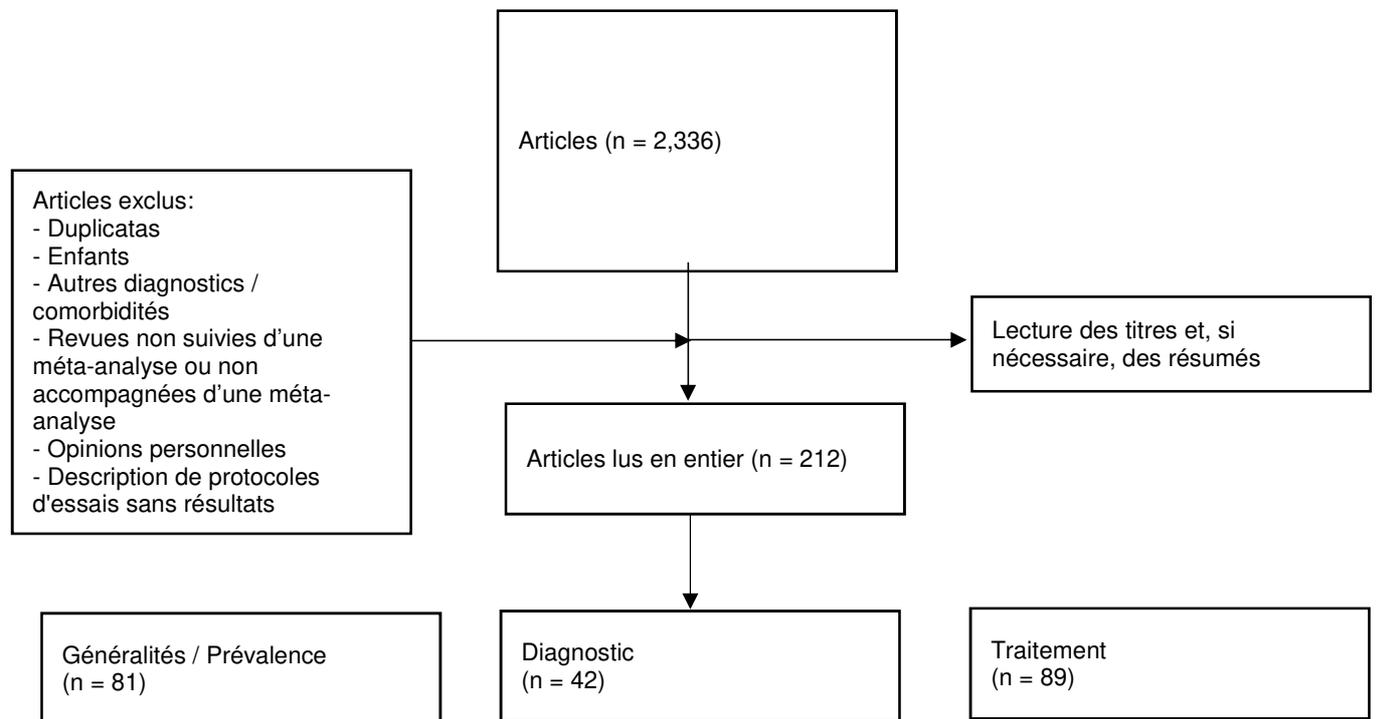


Tableau 1: Outils de dépistage du TDAH chez les individus avec TUS

Outil de dépistage du TDAH	ASRS-SV	WURS	CAARS	ADSA
Nombre de questions	6	61	26*	54
Temps de remplissage	<2 minutes	<15 minutes	<8 minutes	<12 minutes
Déjà étudié dans des populations avec des TUS (oui/non)	Oui	Oui	Oui	Oui
Sensibilité, intervalle	67–100% ^{a-f}	80–93% ^{e, f}	94% ^f	58–71% ^g
Spécificité, intervalle	66–82% ^{a-f}	60–70% ^{e, f}	86% ^f	94–82% ^g
Sensibilité si combiné	+WURS: 57–92% ^{e, f} +CAARS: 67% ^f	+ASRS: 57–92% ^{e, f}	+ASRS: 67% ^f +WURS: 87% ^f	
Spécificité si combiné	+WURS: 91% ^f +CAARS: 92% ^f	+ASRS: 91% ^f	+ASRS: 92% ^f +WURS: 90% ^f	

Vue d'ensemble des outils de dépistage disponibles pour le TDA chez des adultes avec des TUS comorbides.

ASRS-SV, Adults ADHD Self-Report Scale Short Version; WURS, Wender Utah Rating Scale; CAARS, Conners' Adult ADHD Rating Scale; ADSA, Attention Deficit Scales for Adults.

*Aussi disponible en version longue (66 questions) et en version de dépistage (12 questions).

^aVan de Glind et al. [52].

^bChiasson et al. [66].

^cReyes et al. [67].

^dKonstenius et al. [68].

^eDaigre et al. [69].

^fDakwar et al. [70].

^gWest et al. [71].

1 **Tableau 2:** Résumé des points-clefs du consensus

	Niveau de preuve*	Niveau de recommandation*
<p><i>Diagnostic</i></p> <p>L'ASRS est l'outil de dépistage le plus exhaustivement testé et fonctionne bien chez les adultes TDAH avec des TUS. D'autres outils sont également prometteurs (par exemple la WURS).</p>	2+	C
<p>Le processus diagnostique doit commencer le plus vite possible en tenant compte du fait que c'est un processus continu. Un suivi rapproché permet d'éviter le sur- et le sous-diagnostic du TDAH chez des patients TUS.</p>	3	D
<p>Un clinicien peut poser le diagnostic du TDAH pourvu qu'il ou elle ait reçu une formation approfondie sur le diagnostic différentiel du TDAH, qu'il ou elle ait de l'expérience avec les soins de TUS et avec une population TDAH adulte.</p>	4	D
<p>Les médecins devraient envisager le diagnostic d'un TDAH non spécifié et envisager le traitement de ce TDAH si des symptômes d'un TDAH adulte sont présents avec une sévérité suffisante.</p>	4	D
<p>Il faut, si possible, inclure les parents, le partenaire et/ou les proches du patient pour jauger la symptomatologie actuelle et passée et pour évaluer les troubles fonctionnels. Des informations supplémentaires peuvent être recueillies dans les bulletins scolaires/relevés de notes et les commentaires des anciens professeurs.</p>	3	C
<p>Le processus diagnostique doit inclure la fréquence et la quantité des consommations actuelle et passées de substances (y compris le contexte social).</p>	3	C
<p>Il faut se concentrer particulièrement sur les périodes sans substance et/ou alcool dans la vie du patient pendant l'(hétéro)anamnèse.</p>	3	D
<p><i>Traitement</i></p> <p>Il faut envisager un traitement médical adéquat du TDAH et des TUS simultanément.</p>	2	C
<p>Il faut toujours envisager la combinaison entre psychothérapie et pharmacothérapie.</p>	2	D
<p>Il faut intégrer aussi tôt que possible le traitement du TDAH et des autres comorbidités psychiatriques au traitement des TUS.</p>	2	C

Il faut envisager une psychothérapie, qui visera de préférence à la fois le TDAH et les TUS.	3	C
Le méthylphénidate et les amphétamines, dans leurs formes à libération prolongée, et l'atomoxétine sont efficaces dans le traitement du TDAH comorbide des TUS. La titration vers des posologies élevées peut être envisagée chez certains patients. Le potentiel d'abus est limité avec les formes à libération prolongée.	3	C
De la prudence et une gestion clinique attentive sont nécessaires pour éviter l'abus et le détournement des stimulants prescrits.	3	C
<p>Vue d'ensemble des point-clés du consensus sur le dépistage, le diagnostic et le traitement du TDAH adulte chez les individus avec des TUS comorbides.</p> <p>* Les recommandations sont assignées une évaluation basée sur la qualité de la preuve sur laquelle elles sont établies selon le système d'évaluation SIGN allant de 1++ (méta-analyses ou revues systématiques d'essais randomisés contrôlés) à 4 (opinion d'experts; SIGN, 2001) et selon le niveau de preuve admis par la HAS (Etat des lieux Niveau Preuve Gradation (has-sante.fr))</p> <p>A, au moins une méta-analyse, revue systématique ou essai randomisé contrôlé noté comme 1++, qui est directement pertinent pour la population en question ou sinon un corpus de preuves composé principalement d'essais notés comme 1+, directement pertinent pour la population en question et qui mettent à jour une consistance des résultats;</p> <p>B, Un corpus de preuves comprenant des essais notés comme 2++, directement pertinent pour la population en question et qui mettent à jour une consistance globale des résultats ou des preuves extrapolées d'essais notés comme 1++ or 1+;</p> <p>C, Un corpus de preuves comprenant des essais notés comme 2+, directement pertinent pour la population en question et qui mettent à jour une consistance globale des résultats ou des preuves extrapolées d'essais notés comme 2++;</p> <p>D, Niveau de preuves 3 ou 4 ou des preuves extrapolées d'essais notés comme 2+.</p>		

2

3