



C O R O M A

Collège Romand de Médecine de l'Addiction



Éditorial

Addiction et troubles de l'attention et d'hyperactivité

Le TDAH (Trouble de déficit de l'attention/d'hyperactivité) est défini comme un « trouble du développement qui apparaît durant l'enfance, a une évolution symptomatique chronique et entraîne des perturbations durables dans de nombreux domaines. » (Baud 07). L'abord de cette problématique soulève de nombreuses questions dans la pratique quotidienne, notamment: qui est susceptible d'être atteint de TDAH ? Quels sont les signes cliniques qui doivent faire évoquer cette possibilité ?

La problématique TDAH, vraisemblablement sous-évaluée, requiert des outils de repérage et un diagnostic approfondi. En d'autres termes, il s'agit de trouver un moyen suffisamment sensible et spécifique qui permette au professionnel d'éviter une tendance à assigner trop largement ce diagnostic potentiel ou au contraire l'ignorer en présence de signes évidents.

Une fois le repérage effectué, d'autres questions persistent. Par exemple: quelles suites donner ? S'agit-il d'orienter la personne vers des soins psychiatriques, de prescrire un traitement, de proposer une psychothérapie ? Ces décisions thérapeutiques sont-elles semblables en cas d'abus de substances ?

En tenant compte du fait que les tentatives de réponses à une partie de ces questions dépendent étroitement du contexte du praticien, l'objectif de ce numéro du Flash Addiction est de présenter quelques pistes concrètes et utiles dans le cadre de la médecine générale. Le fil conducteur est construit autour d'une situation clinique commentée étape par étape. Certains éléments soulevés sont ensuite approfondis dans une partie plus théorique..

Ne manquent pas les rubriques habituelles et quelques annonces de congrès et manifestations.

Joyeuses Fêtes, Bonne année 2008 à vous.....et bonne lecture !

Repérer, diagnostiquer et traiter les troubles de l'attention et d'hyperactivité chez les adultes : quelles particularités lors de la consommation d'alcool ou de substances

Vignette clinique

Première consultation

Claude, un jeune homme de 29 ans consulte pour des douleurs gastriques et des vomissements matinaux. La symptomatologie et le status évoquent un ulcère gastrique. L'anamnèse révèle un tabagisme important (deux à trois paquets de cigarettes par jour), des antécédents de cannabis à l'adolescence et un usage nocif ou abusif d'alcool.

La situation sociale de Claude vous surprend : il a changé trois fois d'employeur (serveur de formation) en deux ans et vient de se séparer de son amie. Il relate ses difficultés relationnelles avec les clients (« je m'énerve facilement, le patron trouvait que je bavardais trop avec les clients »). Son amie est partie en raison de sa nervosité, de sa consommation d'alcool et de ses insomnies : « elle me reproche de boire et fumer toute la nuit, et aussi je viens de lui plier sa voiture ».

Claude paraît nerveux, inquiet, il palpe sans arrêt sa poche à la recherche de ses cigarettes.

Vous prescrivez un traitement symptomatique pour les douleurs gastriques et proposez à Claude de le revoir pour aborder la consommation d'alcool et ses difficultés sociales.

Commentaire: origine des troubles et diagnostic différentiel

Les éléments anamnestiques présentés par Claude peuvent être liés à la consommation d'alcool ou faire penser à un TDAH, par exemple : les changements relativement fréquents d'emploi, les difficultés de couple, les consommations importantes de tabac et d'alcool, les troubles du sommeil, l'accident de voiture. Ces éléments non discriminatoires méritent d'être explorés.

D'autres exemples de symptômes (regroupés selon trois catégories, DSM IV) sont :

- Inattention : difficulté à soutenir son attention, à finir des tâches, à se concentrer, facilement distrait, oubli ou perte d'objets, besoin de silence pour travailler, retards aux rendez-vous, peine à suivre une conversation.
- Hyperactivité : multiplie les échanges, bavard, effectue des digressions, nervosité intérieure avec besoin de bouger, sentiment d'être débordé.
- Impulsivité : prompt à se mettre en colère, changement d'emploi impulsif, vitesse excessive au volant.

Seconde consultation trois semaines plus tard

Les symptômes gastriques de Claude sont améliorés par le traitement. Vous explorez l'anamnèse de son enfance. Il se décrit comme un enfant agité, peu obéissant vis-à-vis de ses parents ou de l'école, avec des résultats médiocres jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire. Il est par contre satisfait de son choix de métier de serveur : « Je peux me dépenser, car c'est un travail où je bouge beaucoup ».

Claude vous demande s'il souffre d'hyperactivité et s'il peut prendre un traitement.

Vous lui proposez de prendre contact avec un collègue psychiatre pour explorer davantage la possibilité de ce diagnostic.

Commentaire de la vignette : outils de repérage et diagnostic

Plusieurs outils existent pour repérer les personnes susceptibles d'un diagnostic de TDAH. Ces questionnaires ou échelles d'évaluation permettent d'aborder différents aspects de la vie présente ou passée. Ils sont insuffisants pour effectuer diagnostic clinique qui relève de la psychiatrie. Les possibilités d'orienter le patient vers des spécialistes varient selon les contextes (intensité du réseau disponible, temps d'attente pour consulter, distance à parcourir) disponible, temps d'attente pour consulter, distance à parcourir).

Éléments théoriques

Le TDAH, un problème de santé publique ?

Les écrits qui abordent le TDAH sous l'angle d'une problématique de santé publique sont rares. Le Center for Disease Control (CDC) considère que le TDAH est un problème de santé publique important pour les raisons suivantes :

- prévalence et chronicité du trouble ;
- conséquences significatives dans les domaines familiaux, sociaux, professionnels, éducatifs ;
- portée limitée des possibilités d'intervention actuelles et absence de démonstration de leurs bénéfices sur le long terme.

Des pistes de recherches en santé publique sont par exemple : élaborer des moyens de mesurer les conséquences liées au TDAH ou développer des outils de prévention (<http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/what.htm>).

Quelques chiffres

Le TDAH touche entre 2-4% de la population générale adulte (Schubiner 05). En dépit d'un nombre de recherches prédominant aux Etats-Unis et en Australie, la prévalence ne montre pas de différence notable entre ces régions et l'Europe (Biederman 05). En Suisse, entre 14000 à 28000 personnes seraient donc concernées.

Le trouble persiste chez 8 à 30% (voire 50-60% Schubiner 2005) des personnes qui ont eu un TDAH dans l'enfance, avec des degrés de retentissement variables dans la vie quotidienne (Bouchez 07).

La co-morbidité psychique est importante, elle est la norme et est présente auprès de 77% des personnes. Parmi les problématiques les plus fréquentes, on compte : les troubles du sommeil (75%), les abus de substances ou la cigarette (25-50%), les troubles anxieux ou dépressifs (20-30%) (Baud 07).

Le TDAH se différencie chez l'enfant et l'adulte

Le TDAH est considéré comme un trouble durable qui s'étend tout au long de la vie de l'individu. Des problèmes peuvent apparaître ou être reconnus seulement à l'âge adulte. Ils s'expriment dans de multiples domaines et concernent presque autant les hommes que les femmes. Le traitement médicamenteux, lorsque indiqué, ainsi que ses réponses, sont semblables.

Les symptômes de l'enfance évoluent pour constituer, à l'âge adulte, des formes cliniques variables qui se définissent selon les trois axes des critères diagnostiques du DSM IV (déficit de l'attention, impulsivité ou hyperactivité physique). En fonction de la prédominance de l'une ou l'autre des classes de symptômes, les formes cliniques de TDAH sont : déficits de l'attention, hyperactivité avec impulsivité et des formes mixtes qui associent les deux grands types de symptômes (Bouchez 07).

Le TDAH est un facteur de risque pour un début précoce d'abus de substances, particulièrement en présence de trouble de conduites ou bipolaire (Linskey 01, Schubiner 05). Lorsque le diagnostic est justement posé chez les enfants et les adolescents, le traitement de psychostimulants exerce un effet protecteur sur le risque de développer ultérieurement un usage abusif de substances ou une dépendance (Wilens 2003, rapporté par Bange 06).

Quand le TDAH s'associe à l'usage de substances

L'abus ou la dépendance de substances psycho-actives sont fréquents parmi les personnes concernées par un TDAH : entre 9 à 30% d'abus ou de dépendance de drogues et 17%-45% d'abus ou de dépendance d'alcool (Wilens 95, rapporté par Schubiner 05). À l'inverse, en cas

d'abus ou de dépendance de substances, le TDAH est présent dans 25 à 40% des cas (Baud 07).

Lors de TDAH associé à un usage de substances, ce dernier a un début plus précoce et se manifeste plus sévèrement (Baud 07).

Au vu de ces chiffres, il est donc indiqué de repérer et de diagnostiquer le TDAH parmi les usagers.

Le TDAH peut-il se manifester par des symptômes physiques ?

La littérature ne mentionne pas l'existence d'une symptomatologie physique du TDAH. On peut émettre l'hypothèse de manifestations non spécifiques, influencées par des consommations de substances et les symptômes du TDAH, par exemple : la fatigue et les troubles alimentaires.

L'anamnèse et l'examen physiques figurent toutefois parmi les étapes du diagnostic du TDAH, afin d'exclure les causes organiques des symptômes, par exemple : troubles endocriniens (thyroïde) ou neurologiques (traumatisme crânien sévère, épilepsie), intoxication (plomb), et de mettre en évidence d'éventuelles contre-indications au traitement pharmacologique par le méthylphénidate (hypertension, glaucome), lorsque celui-ci est indiqué.

Considérations autour des quelques substances psycho-actives

L'usage de substances par les personnes souffrant de TDAH a été envisagé comme une forme d'auto-médication. Le choix des produits serait principalement déterminé par leurs propriétés. Des travaux autour de la nicotine, de la caféine ou du cannabis semblent conforter cette hypothèse (Bange 05) ; la littérature ne montre pas de recours préférentiel à la cocaïne ou aux stimulants (Schubiner 05).

Les substances principalement consommées sont le tabac, l'alcool et le cannabis.

Tabac

Le TDAH est associé à un début précoce du tabagisme (Linskey 01).

Les adultes qui souffrent de TDAH semblent davantage enclins à une dépendance à la nicotine. La consommation de tabac représenterait une aide à la concentration, avec un arrêt du tabagisme suite au traitement pour le TDAH. Le mécanisme d'action de la nicotine est semblable à celui des psychostimulants et l'intensité de l'inattention favorise la précocité de l'expérimentation et de l'usage quotidien du tabac. Le sevrage tabagique est plus intense chez les personnes atteintes de TDAH que dans la population générale (Bange 05).

Un projet de recherche soutenu par l'OFSP sur les liens entre la nicotine et le TDAH a été conduit en 2005 (voir : www.bag.admin.ch/tabak_praevention/00879/00891/01194/index.html).

Alcool

17 à 45 % des adultes TDAH présentent un abus ou une dépendance d'alcool (Schubiner 05). Un traitement adéquat du TDAH peut éventuellement exercer une influence positive sur l'abstinence (situation clinique reportée dans Schubiner 05).

Chez les personnes suivies pour une dépendance à l'alcool, le TDAH est beaucoup plus fréquent que dans la population générale. L'alcoolisme accélère l'évolution du TDAH. En cas d'antécédents d'hyperactivité, l'usage d'alcool intervient plus précocement, l'abus et la dépendance apparaissent plus vite (étude rapportée par Bange 05).

Cannabis

Le cannabis est fréquemment consommé lors de TDAH en raison de ses propriétés calmantes au niveau moteur et de la pensée (Biederman 1997 rapporté par Schubiner 05, Bange 05).

Dans une étude récente, la consommation du cannabis augmentait en cours de traitement, soit en réponse des patients à certains effets secondaires du méthylphénidate (insomnie), soit par un mécanisme compensatoire de la diminution de consommation de cocaïne (Levin 07).

Cocaïne

L'hyperactivité dans l'enfance est présente auprès de 35% des personnes suivies pour cette problématique. Le début d'usage régulier est plus précoce, la consommation plus fréquente et intense (étude rapportée par Bange 05).

Héroïne

La proportion de TDAH est plus élevée chez les personnes dépendantes de l'héroïne que dans la population générale, avec 19 à 22% d'antécédents dans l'enfance (étude rapportée par Bange 05).

Comment repérer un TDAH ?

D'après la littérature, le TDAH est sous-diagnostiqué en raison des co-morbidités psychiatriques, des symptômes moins caractéristiques chez les adultes et d'un manque de connaissances en la matière parmi les médecins de premiers recours (Faraone 04).

En présence de certaines difficultés dans le fonctionnement courant, le diagnostic peut être évoqué (exemples de symptômes : voir commentaire de la vignette).

Le TDAH requiert des outils de repérage et un diagnostic approfondi. En d'autres termes, il s'agit de trouver un moyen suffisamment sensible et spécifique qui permette d'éviter la tendance à assigner trop largement ce diagnostic potentiel ou au contraire de l'ignorer en présence de signes cliniques suggestifs.

Les outils sont insuffisants pour diagnostiquer le TDAH et doivent être différenciés des systèmes de diagnostic présentés plus bas. Ils sont principalement destinés à la population générale, laissant ouverte la question du besoin d'instruments spécifiques lors d'usage de substances.

Les données sur la validité et la fiabilité des outils de repérage sont variables. Si la sensibilité est bonne, la spécificité est faible, car divers troubles psychiatriques peuvent se manifester par des symptômes semblables. La proportion de faux positifs est relativement importante et présente le risque d'un sur diagnostic (Bange 05). Elle s'explique principalement par des caractéristiques du test, mais peut aussi être due à une habileté des usagers de substances d'adapter leurs réponses, de manière à obtenir une prescription éventuelle de médicaments.

A ce jour, aucun instrument ne s'est véritablement imposé. Deux sont cités ici :

- CAARS (Conners' adult ADHD rating scales) : construit comme instrument de dépistage (30 items) et pour une aide au diagnostic (version longue 66 items) ;
- ASRS (Adult self report scale) : 18 items explorant l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité, rapide en 3-5 min, développé pour l'OMS. Les six premières questions peuvent être employées isolément comme outil de dépistage (ASRS-v1.1 Screener). Un projet d'adaptation du questionnaire ASRS (29 items) au contexte de la consommation de substances est en cours (Monnat, Bader 07).

Comment diagnostiquer un TDAH ?

Le diagnostic est clinique. Il comporte plusieurs étapes et sources d'informations. Les informations transmises par la famille ou les proches occupent une place importante dans le processus résumé ainsi (Baud 07, Bouchez 07) :

- évaluation de la symptomatologie présente durant les six derniers mois (inattention, hyperactivité, impulsivité) ;
- histoire du trouble et du développement durant l'enfance (avant l'âge de 7 ans) ;

- évaluation des répercussions fonctionnelles (vie privée, professionnelle, relations entre les individus) ;
- anamnèse psychiatrique à la recherche de co-morbidités ;
- anamnèse psychiatrique familiale ;
- anamnèse et examen physiques.

En cas d'usage de substances, une période d'abstinence de un à deux mois facilite les conditions pour poser le diagnostic. En pratique, cette période est souvent plus courte.

Il existe plusieurs systèmes de diagnostic. Les classifications internationales DSM et CIM reflètent davantage les symptômes présents durant l'enfance. Afin d'inclure les symptômes plus spécifiques à l'âge adulte, d'autres systèmes ont été élaborés, notamment : Utah Criteria par Wender, Brown et Hallowell et Ratey. Certains proposent en outre des échelles utiles dans le cadre d'un dépistage, d'appoint au diagnostic ou de suivi des traitements (Bange 05).

Comment traiter un TDAH ?

La majorité de la recherche en matière de traitement a été effectuée auprès des enfants ou des adultes non concernés par l'usage de substances et de nombreuses questions persistent. Par exemple : ces résultats sont-ils valables lors d'usage de substances ? Ou encore : en quoi le recours à un médicament psychostimulant va-t-il influencer la consommation des substances ?

L'indication au traitement est en principe posée par le psychiatre. L'ensemble des troubles (TDAH et co-morbidités) doit être considéré, la priorité étant définie en fonction des symptômes les plus invalidants. Le suivi est en général prolongé. Une coordination de l'accompagnement interdisciplinaire est nécessaire.

Les approches non-médicamenteuses

L'approche non-médicamenteuse du TDAH est privilégiée. Elle peut être associée à un traitement pharmacologique. Au vu de la fréquence du TDAH, il y a lieu de s'interroger sur les disponibilités des traitements non-médicamenteux qui varient grandement selon les régions considérées. Une approche de groupe peut permettre de palier à un manque éventuel de places en thérapie individuelle.

Le traitement non-médicamenteux repose sur un traitement psychosocial et psychothérapeutique, le plus souvent de nature cognitivo-comportementale individuelle ou en groupe.

Traitement psycho-social ou psycho-éducatif

Ce traitement est indiqué pour la plupart des personnes concernées, avec des résultats bénéfiques (Bange 05, Searight 00). Il comprend plusieurs axes principaux, dont : l'éducation auprès des patients sur la nature des troubles, le développement des compétences des patients et l'aide concrète à l'organisation de la vie quotidienne.

Traitement psychothérapeutique de nature cognitivo-comportementale

En dépit des nombreuses interrogations persistantes (par exemple : durée de l'amélioration des symptômes), ces thérapies montrent une certaine efficacité. Elles ont fait l'objet de quelques évaluations dans la littérature et sont rapportées par Bange (05). Elles concernent des petits groupes de patients qui bénéficient d'un traitement pharmacologique en parallèle.

Chez les usagers de substances, la thérapie vise les difficultés liées au TDAH et celles de la consommation de substances, par exemple la prévention de la rechute.

Approches médicamenteuses

La prescription du traitement pharmacologique est en principe réservée au spécialiste. Deux catégories principales de médicaments existent : les psychostimulants et les antidépresseurs.

Médicaments psychostimulants

Le méthylphénidate (qui augmente la concentration de dopamine au niveau synaptique et agit sur la noradrénaline) représente le médicament de choix à ce jour lorsque le traitement pharmacologique est indiqué auprès des adultes non-usagers de substances. Les variations individuelles de la cinétique et de la dose sont importantes. La dose est déterminée par la réponse symptomatique, la posologie initiale devant être la plus faible possible. En Suisse, quatre formes galéniques de méthylphénidate sont disponibles (voir www.kompendium.ch).

Des études expérimentales ont montré des résultats significatifs en matière d'efficacité auprès de trois quarts des adultes non-usagers de substances (Bange 2006, Schubiner 05). D'une durée généralement de plusieurs années, les effets d'un traitement à long terme du méthylphénidate sont inconnus.

Les situations d'abus de méthylphénidate parmi les adultes non-usagers de substances sont relativement rares (Schubiner 05, Bange 05).

Autres médicaments

D'autres médicaments peuvent être considérés, en particulier les antidépresseurs (venlafaxine, bupropion, SSRIs). Ils sont préférés en cas de co-morbidité avec un abus de substances (Baud 07). Ainsi, des traitements à base de bupropion (antidépresseur avec des propriétés agonistes dopaminergiques et noradrénergiques) ou de venlafaxine (antidépresseur sérotoninergique et noradrénergique) ont montré des résultats sur les symptômes de TDAH (Bange 05, Schubiner 05).

L'atomoxetine (inhibiteur de la recapture de noradrénaline au niveau présynaptique) (Strattera, non commercialisé en Suisse) constitue un traitement de second choix, lorsque le méthylphénidate reste inefficace ou intoléré. Avec une efficacité probablement supérieure aux antidépresseurs, il semble prometteur en première intention chez les personnes à risque d'abus (Bange 05, Schubiner 05).

Traitement médicamenteux du TDAH associé à l'usage de substances

Lors de TDAH et d'abus de substances ou de dépendance, le traitement de l'addiction est prioritaire (incluant le sevrage, la prévention et le traitement des rechutes éventuelles). L'absence d'abus d'alcool ou de substances durant les six mois précédents est en principe requise (Baud 07).

L'approche successive des problématiques est remise en question, car lors d'un TDAH, l'usage de substances peut être particulièrement sévère et doté d'un pronostic plus grave. La rechute est donc possible avant la mise en route du traitement TDAH. De plus, le traitement du TDAH peut permettre de poursuivre le traitement de l'addiction, voire jouer un rôle dans la prévention en agissant sur les symptômes qui jouent un rôle dans la survenue de la rechute. Une approche individualisée et flexible est donc préconisée (Schubiner 05).

L'influence du traitement du TDAH sur l'usage de substances est encore peu explorée. L'observation de l'évolution des consommations en cours de traitement est nécessaire, plusieurs cas de figure sont possibles :

- une absence d'effet du traitement du TDAH sur les consommations ;
- un recours à un autre produit en cas d'effet indirect du traitement du TDAH sur la consommation d'une substance ;
- un recours à une substance sous forme d'auto-médication en cas d'effets secondaires du traitement du TDAH.

Le traitement de méthylphénidate semble peu problématique en cas d'usage antérieur de substances (Schubiner 05). En revanche, lors d'usage concomitant, les points suivants sont à considérer :

- Les médicaments non-stimulants sont en général préférés.
- Un détournement des médicaments est possible, particulièrement la forme rapide de méthylphénidate, y compris en voie intraveineuse. Les agents à longue durée d'action sont privilégiés et limitent en principe cette pratique. Le détournement concerne une proportion minimale de patients et le traitement peut être prescrit dans le cadre d'un suivi rapproché ou d'une thérapie comportementale parallèle (Bange 05, Schubiner 05).
- La prescription de méthylphénidate n'est pas associée à une augmentation de la consommation de cocaïne (Levin 06).
- Des études randomisées pour un traitement de méthylphénidate ou de placebo ont été conduites chez les personnes cocaïno-dépendantes atteintes de TDAH. L'efficacité du traitement de méthylphénidate est controversée. D'un côté, l'amélioration symptomatique du TDAH était plus marquée avec le méthylphénidate, sans réduction de l'usage de cocaïne (Schubiner, 2002, rapporté par Schubiner 05) ; de l'autre, l'efficacité sur les symptômes du TDAH était moindre, mais avec une réduction de la consommation de cocaïne en présence d'une réponse sur les symptômes du TDAH (Levin 07).
- L'abstinence de cocaïne avant le début du traitement du TDAH par le méthylphénidate semble favoriser la réponse au traitement et diminuer les risques de rechute de la consommation (Levin 07).

Synthèse

Le TDAH est un problème de santé chronique et complexe qui requiert un suivi coordonné par plusieurs professionnels amenés à travailler en interdisciplinarité, d'autant plus lorsqu'il est associé à un abus de substances.

L'importante présence de co-morbidités, l'absence de consensus évident pour effectuer le dépistage et confirmer le diagnostic, ainsi que les éventuelles limites dans le recours aux spécialistes selon les régions sont des entraves à une approche systématique et cohérente du TDAH.

Cet article a tenté de démontrer une possibilité de cheminement adaptée à la pratique du généraliste, rendu attentif à la présence de symptômes suggestifs, jusqu'au diagnostic et la mise en route d'un traitement, non médicamenteux de préférence, par le spécialiste.

Bibliographie

- Bange F, Mouren M-C, 2005, Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte, Dunod, Paris.
- Baud P, 2007, THADA (ou TDA-H), présentation effectuée en novembre 07 à Morges dans le cadre d'une demi-journée de formation continue organisée par l'Association Vaudoise des Médecins Concernés par la Toxicomanie (AVMCT).
- Biederman J, Faraone SV, 2005, Attention-deficit hyperactivity disorder, *The Lancet*, 366 : 237-248.
- Bouchez J, 2007, Le déficit de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte, dossier accessible sur www.psylink.com.
- Faraone SV, Spencer TJ, Montano CB, Biederman J, 2004, Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults : A survey of current practice in psychiatry and primary care, *Arch Intern Med*, 164 : 1221-1226.
- Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Kalbag AS, Garawi F, Nunes EV, 2006, Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD : double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo, *Drug and Alcohol Dependence*, 81 : 137-148.
- Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Garawi F, 2007, Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD : double blind comparison of methylphenidate and placebo, *Drug and Alcohol Dependence*, 87 : 20-29.
- Lynskey MT, Hall W, 2001, Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders : is there a causal link ? *Addiction*, 96 : 815-822.
- Searight HR, Burke JM, Rottneck F, 2000, Adult ADHD : Evaluation and treatment in family medicine, *American Family Medicine*, 62 : 2077-2086.
- Schubiner H, 2005, Substance abuse in patients with attention deficit hyperactivity disorder. Therapeutic implications, *CNS Drugs*, 19(8) : 643-655.

Sites internet

<http://www.elpos.ch>

Site suisse en allemand, aborde la question des enfants et des adultes concernés par l'hyperactivité

<http://www.thada.org>

Association française

<http://www.aspedah.ch>

Site de L'Association Suisse romande de Parents d'Enfants avec Déficit d'Attention, avec ou sans Hyperactivité (ASPEDAH).

Lu pour vous

Deux articles qui abordent les polyconsommations

Peut-on promouvoir un double sevrage de cannabis et tabac

Vandray RG, Budney AJ, Hughes JR, Liguori A, 2008, A within comparison of withdrawal symptoms during abstinence from cannabis, tobacco, and both substances, *Drug and Alcohol Dependence*, 92 : 48-54.

Cet article résume les symptômes de sevrage du cannabis (colère, agressivité, anxiété, humeur dépressive, agitation, trouble du sommeil, baisse de l'appétit et perte de poids, céphalées, sudation, douleurs gastriques) et leur décours clinique (début 24h après l'arrêt de la consommation, pic à une semaine et durée totale d'une à deux semaines environ). Les symptômes peuvent rendre le sevrage difficile et jouent un rôle dans l'apparition des rechutes.

Les symptômes de sevrage du cannabis ont été comparés à ceux du sevrage tabagique, avec des résultats semblables aux observations d'études antérieures : les symptômes de sevrage des deux substances présentent une sévérité comparable. L'intérêt de cet article réside surtout de l'observation des symptômes lors de l'arrêt des deux substances simultanément. Certains symptômes semblent plus sévères sur une durée de deux jours, avec des différences individuelles cependant. Ainsi, pour un sous-groupe donné, le sevrage est plus aisé et présente moins de symptômes.

Si ces résultats permettent d'encourager une personne dans sa volonté d'effectuer un sevrage des deux substances simultanément, l'étude est pourtant limitée dans sa portée par un petit nombre de sujets (12 au total) et laisse les questions cliniques sans réponse. Par exemple : le recours à la nicotine durant le sevrage tabagique pourrait-il avoir un effet favorable sur le ressenti du sevrage de cannabis ? La perte de poids associée au sevrage de cannabis pourrait-elle exercer un effet sur la prise de poids tant redoutée de l'arrêt du tabac ?

Un lien entre l'arrêt de l'abus de benzodiazépines et l'amélioration clinique de la dépression

Schreiber S, Peles E, Adelson M, 2008, Associations between improvement in depression, reduced benzodiazepine (BZD) abuse, and increased psychotropic medication use in methadone maintenance treatment (MMT) patients, *Drug and Alcohol Dependence*, 92 : 79-85.

Après un rappel sur la dépression auprès des usagers d'héroïne en traitement de substitution (méthadone), cet article présente une évaluation du degré de dépression (échelle d'Hamilton) d'un groupe de 63 patients à un an et demi d'intervalle environ, ainsi que les facteurs éventuellement associés aux changements. La proportion de patients déprimés était moindre lors de la seconde évaluation. La baisse ou l'arrêt de l'abus de benzodiazépines étaient associés à cette amélioration. Pour les auteurs, les benzodiazépines peuvent induire ou aggraver une dépression.

Par ailleurs, les mesures de progression favorable du degré de dépression étaient indépendantes de la dose de méthadone ou des changements de dose. La méthadone n'est donc ni la cause ni le traitement de la dépression. L'association entre un dosage élevé de méthadone et la dépression indiquait que les patients souffraient de multiples problématiques.

Annonces de congrès

Mercredi 23 janvier 08 : Traitements de substitution en France - Allemagne - Suisse : une comparaison transfrontalière, Centre de conférence et de formation UBS à Bâle-Ville.

Programme et inscription :

Services de la santé Bâle-Ville

Service Dépendances

Mme Ruth WOLF

Schanzenstrasse 13 / Postfach 141

CH- 4004 Basel

TEL +41 (0)61 / 265 89 50

Fax : +41 (0)61 / 265 89 51

ruth.wolf@bs.ch

Jeudi 24 janvier 08 : Les Neurosciences : vers un nouveau paradigme des addictions ? Lieu : Université ouvrière de Genève. Programme et Inscription en ligne www.grea.ch

9-11 juin 08 première Conférence Internationale sur l'Entretien motivationnel, Interlaken. www.icmi2008.com

19-20 juin 08: 2ème Symposium international: Prévention et traitement du jeu excessif dans une société addictive, Lausanne. www.jeu-excessif.ch

Jeudi 6 novembre 08 : Journée CoRoMa à Genève : Addictologie : enjeux éthiques et légaux.

Infos – Nouveautés

Site www.romandieaddiction.ch:

- Une version Formatox complétée pour aborder les problématiques de l'usage de substances (héroïne, cocaïne, tabac, alcool, benzodiazépines, cannabis, jeu excessif) sera accessible dès janvier 08. www.unil.ch/formatox
- Les « Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution (TBS) des patients dépendants aux opioïdes » sont disponibles en français

N'oubliez pas de visiter le site de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction www.ssam.ch et du Forum Sucht Ostschweiz www.fosumos.ch

Nouveau portail québécois sur les traitements de substitution

Son adresse : www.txsubstitution.info

Ce Flash a été préparé par Catherine Ritter et Barbara Broers pour le Collège Romand de Médecine de l'Addiction : info@romandieaddiction.ch

L'image de la classe des hyperactifs de Mme Bemolle a été trouvé sur internet, original Plonk&Replonk La Chaux-de-Fonds