

EN PATIENTS
EN PATIENTS

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : prise en charge des patients adultes en addictologie ambulatoire

Attention Deficit Hyperactivity Disorder support for adult addicts patients in outpatient care

É. Kammerer*

Ancien médecin chef de centre spécialisé de soins aux toxicomanes, j'ai ouvert en 1999 une consultation libérale d'addictologie clinique et de thérapie familiale. Dans ce contexte de soins innovants, j'ai été amené à rencontrer un nombre conséquent de patients adultes porteurs d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité¹ (TDAH), comorbide d'une conduite addictive.

La prise en charge de ces patients se heurte à une triple difficulté : de diagnostic, d'accès au traitement et de prise en compte des soins par l'assurance maladie. Nous avons donc mis en place un protocole de soins qui sécurise au mieux le diagnostic et le traitement de ces patients adultes, en collaboration avec la clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg et le pôle 8/9 de psychiatrie du Haut-Rhin.

Numerous adult addicts outpatients are suffering from an ADHD, which has not been diagnosed during childhood or adolescence. They need care for their addictive disorders or their noisy psychiatric symptoms, after a chaotic and painful life story. Several alsatian doctors (private practitioners specialized in addictology, with psychiatry specialists in hospitals) are cooperating to support these patients: right diagnosis and suited support, in a securized process. The quality of life is widely improved, while the addictive disorders and the psychiatric symptoms are reduced.

Nevertheless, in spite of the European consensus statement (2010), French authorities do not recommend the use and the reimbursement of methylphenidate for adult ADHD patients. So, these patients suffer a "double penalty": to experience ADHD and not to get the legal aid for paying a suited treatment.

LE CONTEXTE : UNE TRIPLE DIFFICULTÉ

Tout d'abord, le **diagnostic clinique** s'avère long et complexe. Son déroulement n'est pas toujours favorisé par le comportement et le contexte de vie des patients, qui se montrent

souvent impulsifs et désorganisés, et dont le parcours est chaotique.

La deuxième difficulté a été de pouvoir trouver des partenaires hospitaliers pour confirmer le diagnostic et "**primo-prescrire**" la **chimiothérapie adéquate**, en particulier le **méthylphénidate**. Après avoir bénéficié de la collaboration de quelques bonnes volontés isolées, nous avons

Cet article a été publié le 6 novembre 2015 sur le site Addictolib.

* Ancien interne des centres hospitaliers régionaux d'Alsace, ancien médecin-chef de centre spécialisé de soins aux toxicomanes, spécialiste en médecine générale, capacité de médecine de toxicomanes, tabacologie et alcoologie, addictologie clinique, membre de la Société française d'alcoologie, de l'EFTA (Association européenne de thérapie familiale) et de la Société française pour la santé de l'adolescent.

¹ Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité s'appelle le TDAH ou TDA/H (en anglais : attention-deficit hyperactivity disorder [ADHD]), lorsqu'il s'accompagne d'hyperactivité ou d'impulsivité. Il existe des troubles mixtes, des troubles avec impulsivité-instabilité dominante, des troubles avec inattention dominante.

Mots-clés : TDA/H, patients adultes, conduites addictives, symptômes psychiatriques, diagnostic, méthylphénidate, qualité de vie, recommandation temporaire d'utilisation, droits de l'homme

Keywords: ADHD, adult patients, addictive disorders, psychiatric symptoms, diagnosis, methylphenidate, quality of life, temporary use statement, human rights

vu s'ouvrir les portes de la *clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg*, puis, plus récemment, celles du *pôle 8/9 de psychiatrie du Haut-Rhin au centre hospitalier de Rouffach*.

La troisième difficulté survient lorsque les patients bénéficient de leur prescription initiale et sont ensuite suivis en ville pour la titration et la surveillance, ainsi que pour le renouvellement de leur traitement. En effet, l'assurance maladie fait obstacle à la prise en charge du traitement par méthylphénidate, ce qui compromet sérieusement l'accès aux soins pour les patients les plus démunis.

Entre la date du prédiagnostic et l'instauration du traitement, le parcours peut s'avérer long, prenant de plusieurs mois à plusieurs années pour certains patients.

En collaboration avec la clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg et le pôle 8/9 de psychiatrie du Haut-Rhin, nous avons donc mis en place un **protocole de soins** qui sécurise au mieux le diagnostic et le traitement de ces patients adultes.

LE PARCOURS DE VIE ANTÉRIEUR AU DIAGNOSTIC

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est une affection encore sous-diagnostiquée chez l'adulte et donc insuffisamment traitée. À défaut d'un diagnostic adéquat porté dans l'enfance, durant l'adolescence et même à l'âge adulte, les patients rencontrés en consultation d'addictologie présentent souvent des parcours de vie chaotiques et douloureux :

> **durant l'enfance et l'adolescence :** difficultés scolaires liées à des troubles de l'attention et des troubles du comportement ; parfois rejet par les pairs et par le système scolaire, voire maltraitance et stigmatisation par les pairs et par le système scolaire ou par l'entourage familial ; perte de l'estime de soi, anxiété, dépression souvent dès l'enfance ;

> **s'y ajoutent à l'adolescence et à l'âge adulte :** sortie précoce du système scolaire ; recours à des pratiques addictives "auto-thérapeutiques", avec consommation en particulier de cannabis et de psychostimulants ; perte de chances dans la carrière professionnelle, souvent compromise, voire impossible.

Certaines situations sont compliquées par la **présence comorbide d'un trouble bipolaire**. En l'absence de diagnostic adéquat, les tentatives de traitements s'accumulent, souvent vouées à l'échec, aggravant la perte de confiance en soi et les autres manifestations symptomatiques. Les

patients reçus en consultation d'addictologie s'adonnent à des consommations d'alcool, de substances psychoactives acquises au marché noir (cannabis, cocaïne, amphétamines, héroïne) ou qui leur ont été prescrites : benzodiazépines, opioïdes et traitements de substitution aux opiacés, antipsychotiques.

Ils sont souvent porteurs d'étiquettes nosographiques lourdes qui correspondent à certains aspects du syndrome qu'ils présentent : addiction avec comorbidités de type psychose, psychopathie, troubles anxieux, dépression, trouble bipolaire, ce dernier étant effectivement souvent associé au TDAH.

Ces patients nous sont donc adressés en "addictologie libérale", au terme d'un long parcours addictologique et de tentatives de traitements ponctués d'échecs successifs, et sans avoir bénéficié jusque-là d'un diagnostic opérant.

EN ADDICTOLOGIE LIBÉRALE

Les signes d'alerte

Certains signes paradoxaux présentés ou rapportés par les patients sont pathognomoniques d'un TDAH : le cannabis améliore les capacités d'attention et le rendement scolaire et universitaire ; les psychostimulants apaisent la nervosité et l'impulsivité.

D'autres signes doivent alerter : impossibilité de réussir l'épreuve théorique du code en vue de l'obtention du permis de conduire ; impossibilité de se détendre, rester assis à table aux repas en famille, regarder un film de bout en bout, lire un livre ; besoin permanent d'être en mouvement.

D'autres éléments symptomatiques peuvent susciter notre attention, s'ils sont susceptibles de faire partie du trépied diagnostique du TDAH : déficit attentionnel invalidant, impulsivité, hyperactivité.

Le diagnostic

La détection de tels éléments cliniques nous conduit à proposer un **questionnaire de dépistage ASRS V1-1**. Si ce dernier est positif, nous poursuivons l'investigation avec le questionnaire ASRS V1-1 détaillé. Nous demandons alors au patient de réunir ses bulletins scolaires et nous nous intéressons aux remarques faites par les enseignants, portant sur le comportement et sur l'attention durant l'enfance et l'adolescence. L'étude du dossier scolaire contribue à étayer le diagnostic, en particulier à établir que les troubles étaient présents et durables.

Nous effectuons ensuite un *screening* qui reprend les items du **questionnaire DIVA**, explorant les différentes composantes symptomatiques du TDAH : déficit attentionnel,

hyperactivité, impulsivité, tant à l'âge adulte que durant l'enfance, à l'âge de 9 ans. Par exemple : le questionnaire est alors renseigné par le patient et par l'un de ses parents présent à cet entretien.

Nous explorons également les retombées des symptômes sur le parcours de vie du patient : scolarité, travail, relations, y compris familiales, temps libre, confiance en soi...

Le diagnostic différentiel

Les consommateurs intensifs et chroniques de cannabis peuvent présenter un syndrome qui mime les composantes diagnostiques du TDAH : déficit attentionnel lié à l'imprégnation cannabique, impulsivité, hyperactivité lors de la diminution d'imprégnation cannabique, en particulier lors de périodes de sevrage.

Si ces symptômes s'estompent après un *wash-out* du cannabis et ne sont pas retrouvés dans l'exploration clinique rétrospective de l'enfance, il ne s'agit pas d'un TDAH, mais d'un syndrome lié à l'usage du cannabis.

Nous avons également été confrontés à un syndrome mimant un TDAH en postopératoire chez une patiente qui avait subi l'exérèse d'un méningiome.

Le bilan complémentaire

Au terme du bilan diagnostique, nous faisons procéder à un bilan cardiologique systématique pour détecter les contre-indications éventuelles au traitement par méthylphénidate : hypertension artérielle, valvulopathie, hypertension artérielle pulmonaire, coronaropathie.

L'instauration du traitement

Au terme de cette exploration, qui prend le temps de plusieurs entretiens et exige l'implication du patient et de son entourage, nous constituons un dossier destiné à une équipe hospitalière spécialisée, en vue de l'éventuelle confirmation du diagnostic et la prescription du méthylphénidate. Au vu du dossier et après avoir eu un entretien approfondi avec le patient, le praticien hospitalier peut émettre une ordonnance initiale, en nous confiant la phase de titration du traitement. Il peut aussi compléter les investigations en organisant des tests attentionnels, d'abord sans méthylphénidate, puis au cours du traitement, afin d'en évaluer l'efficacité potentielle, et faire compléter par le patient les **questionnaires VAS ou WHODAS**. L'ordonnance initiale hospitalière suit, le cas échéant, ce complément d'investigation.

La titration

La titration du méthylphénidate nous est confiée par les praticiens hospitaliers. Durant cette phase, nous voyons le patient toutes les semaines

puis tous les 15 jours : établissement de la dose de méthylphénidate action immédiate multiprise nécessaire à l'apaisement des symptômes, puis passage aux formes retard avec recherche de la posologie de croisière.

Les prescriptions se font **sur ordonnances sécurisées** selon les mêmes normes que pour les traitements de substitution aux opiacés, avec désignation d'un pharmacien chargé de la délivrance, qui peut être éventuellement fractionnée. Nous exerçons bien sûr une surveillance concernant l'apparition des effets indésirables psychiatriques, neurologiques et cardiovasculaires.

Le suivi du traitement

Le rythme des consultations est alors au **minimum mensuel**, et nous faisons réaliser un suivi cardiologique annuel avec recherche d'une hypertension artérielle pulmonaire, d'une valvulopathie, d'une coronaropathie. On communique un rapport au médecin traitant au minimum tous les 4 mois. Il est tenu informé, au même titre que le médecin hospitalier, de la phase de diagnostic, de l'initialisation du traitement et de sa surveillance. Le patient voit le psychiatre hospitalier qui a rédigé l'ordonnance initiale une fois par an, voire plus en cas de difficulté particulière liée au déroulement du traitement.

Ce suivi est l'occasion d'apporter un soutien psychothérapeutique individuel voire familial, de soutenir la diminution progressive de la consommation de substances psychoactives associées : alcool, drogues, benzodiazépines, médicaments de substitution aux opiacés. C'est aussi l'opportunité de réévaluer les comorbidités psychiatriques (trouble bipolaire, anxiété, dépression) et de favoriser l'accès à leur traitement, les comorbidités somatiques négligées jusque-là en raison de la symptomatologie bruyante liée au TDAH (nous pensons en particulier à l'hépatite virale C et à l'accès à son traitement). On s'intéressera également au diagnostic de TDAH chez les autres membres de la famille, en particulier chez les enfants des patients. On soutiendra les progrès des patients en matière d'insertion socioprofessionnelle et dans la possibilité enfin offerte de tisser des liens affectifs durables.

LES RÉSULTATS ET LA PROBLÉMATIQUE ACTUELLE

Pour la majorité des situations concernées, l'introduction du traitement par méthylphénidate, associée au soutien ad hoc tel que décrit plus haut, a un effet thérapeutique bien vécu par les patients et par l'entourage. Ces patients voient s'ouvrir à eux des perspectives qu'ils croyaient jusque-là hors d'atteinte : relations familiales apaisées, possibilité de tisser des

GROUPE DE PRESSION

Un groupe de pression constitué de cliniciens impliqués dans le **traitement des adultes porteurs du TDA/H** se constitue, à l'initiative de la filière fonctionnelle de prise en charge tissée dans le Haut-Rhin, filière qui associe: le pôle 8/9 de psychiatrie du Haut-Rhin, CH de Rouffach: Dr Alexis Erb et Dr Fabrice Duval; le service de psychiatrie 2 des Hôpitaux universitaires de Strasbourg: Pr Gilles Bertschy; Addictolib (regroupement national des addictologues libéraux): Dr Étienne Kammerer.

Les objectifs sont:

- d'intervenir auprès des autorités sanitaires pour obtenir un élargissement des indications et de la prise en charge du méthylphénidate pour les patients adultes porteurs d'un TDA/H;
- de sensibiliser le corps médical (psychiatres, addictologues, psychologues, neurologues, médecins traitants, médecins conseil) au diagnostic du TDA/H chez les adultes et à la prise en charge des patients.

Pour vous y joindre, veuillez donner vos coordonnées (nom, prénom, fonction, adresse professionnelle, téléphone, adresse mail) à:

Dr Fabrice Duval, psychiatre, chef de pôle, pôle de psychiatrie générale 8/9, centre hospitalier, 68250 Rouffach. Tél. : 03-89-78-70-18. Fax : 03-89-78-74-30. Mail : f.duval@ch-rouffach.fr

liens affectifs durables, passer l'épreuve du code du permis de conduire, envisager une insertion socioprofessionnelle, amélioration nette des performances et des relations au travail, abandon progressif du recours aux drogues et autres médicaments psychotropes.

Selon les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) britannique (2008) ou de la conférence de consensus européenne de 2010, le traitement de référence du TDAH chez l'adulte est le méthylphénidate, associé à un accompagnement psychosocial. Or ce médicament, selon les textes de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en vigueur en France, n'est **pas recommandé pour les patients adultes**, tout en étant paradoxalement pour les enfants, et, par exception, pour les adultes qui auraient déjà bénéficié de ce traitement durant leur enfance ou leur adolescence, sous réserve de ne pas présenter de comorbidités psychiatriques ni de conduites addictives. Autant dire que la quasi-totalité des patients adultes souffrant d'un TDAH sont privés d'accès au traitement. Reste la possibilité pour le médecin prescripteur de porter sur les ordonnances la mention "**hors AMM**" ou "**non remboursable**" avec la prise de responsabilité qu'impliquent ces conditions de prescription.

S'il prescrit du méthylphénidate sans ces mentions, il peut se voir adresser des courriers accusateurs et de menaces par l'assurance maladie. L'accusation porte en particulier sur les risques graves que le prescripteur ferait courir à ses patients. Or la clinique montre au contraire que la prise en charge de ces patients par un traitement adapté diminue très sensiblement leurs prises de risque.

Avec les médecins du pôle 8/9 de psychiatrie du Haut-Rhin, nous avons entrepris, lors d'une rencontre, de démontrer au niveau du service de contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) locale que notre protocole était conforme aux recommandations internationales en vigueur et sécurisé. Cette démonstration a été entendue, confirmée par l'échelon médical, mais n'a pas changé l'avis de la CPAM, selon lequel, en l'état actuel du texte de l'AMM, il est impossible de prendre en charge des prescriptions de méthylphénidate. Cependant, nous sommes encouragés

à demander une modification de l'AMM pour élargir l'indication du traitement au patient adulte et à demander provisoirement la rédaction d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU). Pour les patients les plus démunis (en raison de leurs difficultés d'insertion professionnelle consécutives à leur trouble), la non-prise en charge du traitement constitue un véritable obstacle à l'accès aux soins. Coupables d'être porteurs, malgré eux et depuis l'enfance, d'un trouble connoté négativement, ils subissent de fait **une double peine**: diagnostic erratique durant l'enfance et l'adolescence, voire tardif à l'âge adulte, privation d'accès au traitement qui fait référence en Europe.

Cette situation pourrait être considérée comme une perte de chances liée à la réglementation française et susceptible d'être plaidée devant la Cour européenne des droits de l'homme.

É. Kammerer déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Brèves

ALCOOL, TABAC ET DROGUES COÛTENT 250 MILLIARDS PAR AN À LA FRANCE

La France compte 13,4 millions de fumeurs et 3,8 millions de consommateurs d'alcool à risque. Les 78 966 morts liés au tabac, les 49 051 décès attribués à l'alcool et les 1 605 victimes de drogues illicites ne sont pas le seul tribut payé aux addictions.

L'**Observatoire français des drogues et des toxicomanies** (OFDT) s'est livré au calcul du coût de ces addictions, afin d'actualiser les données relatives au coût social des substances licites (alcool et tabac) et de l'ensemble des produits illicites. À l'issue d'un appel d'offres qu'il a piloté, l'étude subventionnée par la Direction générale de la santé (DGS) a été confiée à **Pierre Kopp**, professeur à l'université Paris-1 et chercheur au centre d'économie de la Sorbonne et à la *Paris School of Economics* (1, 2). Elle a pour objectif de mesurer le coût monétaire des conséquences de la consommation et du trafic des drogues. Elle respecte les standards internationaux des études de coût social (3) tandis que les paramètres de la mise en œuvre du calcul sont conformes à la méthodologie du calcul public recommandée par les pouvoirs publics en France (4).

Deux types d'éléments sont pris en compte pour calculer le coût social. Tout d'abord, le **coût externe** est constitué des coûts affectant les acteurs du marché des drogues (valeur des vies humaines perdues, perte de qualité de vie) et les acteurs extérieurs au marché des drogues (pertes de production des entreprises et des administrations). Le second élément est le **coût pour les finances publiques**, constitué par la différence entre les dépenses de prévention, répression et soins et les recettes des taxes sur l'alcool et le tabac ainsi que les économies de dépenses en lien avec les retraites non versées.

Résultats: le **"coût social" de l'alcool est égal à 120 milliards d'euros**. Celui du **tabac est également d'un montant de 120 milliards d'euros**. Le coût social en lien avec les **drogues illicites s'établit à 8,8 milliards d'euros**.

Le coût externe constitue l'essentiel du coût social pour chaque substance ou groupe de drogues: il en représente 95 % pour l'alcool, 85 % pour le tabac et 68 % pour les drogues illicites.

Le coût des drogues pour les finances publiques représente 1,1 % du PIB. L'État doit chaque année payer respectivement pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites 4,9 milliards, 14 milliards et 2,4 milliards d'euros.

1. Kopp P. Le coût social des drogues en France. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>

2. Arnold-Richez F. Le nouveau rapport sur le coût social des drogues, entretien avec Pierre Kopp. *Le Courrier des addictions* 2015;17(2):6-8.

3. Single E, Collins D, Easton B, Harwood H, Lapsley H, Maynard A. Proposed international guidelines for estimating the costs of substance abuse. 1995:69 p.

4. Quinet E. L'évaluation socioéconomique des investissements publics. Paris, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, 2013:354 p.