



GOUVERNEMENT

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Délégation interministérielle  
à la stratégie nationale pour les troubles  
du neurodéveloppement

TDAH et addictions

# MIEUX REPÉRER, ORIENTER ET PRENDRE EN CHARGE LE TDAH CHEZ LES PATIENTS DE LA FILIÈRE ADDICTOLOGIQUE



**SFTDAH**  
Société Française  
du TDAH

FÉDÉRATION  
**ADDICTION**

Mieux repérer, orienter et prendre en charge le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans  
Hyperactivité chez les patients de la filière addictologique - 2026

---

# ÉDITORIAL



**Stéphanie RIST**

Ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

Les troubles du neurodéveloppement constituent aujourd’hui un enjeu majeur de santé publique, par leur fréquence, leur impact sur les trajectoires de vie et les vulnérabilités multiples auxquelles ils exposent. Parmi ces vulnérabilités, les conduites addictives occupent une place particulière, tant par leur prévalence chez les personnes concernées que par leurs conséquences sanitaires, sociales et médico-psychologiques.

Les liens entre troubles du neurodéveloppement — et notamment le trouble déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité — et addictions sont désormais clairement établis. Ils rappellent avec force la nécessité d’une approche globale, décloisonnée et coordonnée des parcours de soins. Trop souvent encore, ces troubles sont repérés tardivement, parfois après des années d’errance diagnostique, alors même qu’un accompagnement précoce et adapté peut prévenir l’aggravation des difficultés et réduire le risque de conduites addictives.

Ce constat impose une mobilisation collective. Les professionnels de l’addictologie, de la psychiatrie, de la médecine générale, du secteur médico-social, de l’éducation et de l’insertion ont chacun un rôle essentiel à jouer. Leur capacité à travailler ensemble, à partager des repères communs et à articuler leurs interventions est déterminante pour améliorer le repérage, l’orientation et l’accompagnement des personnes concernées, à tous les âges de la vie.

Ce livret s’inscrit pleinement dans cette ambition. Il vise à renforcer les compétences des professionnels, à favoriser une culture commune entre les champs de l’addictologie et des troubles du neurodéveloppement et à soutenir des pratiques fondées sur les recommandations scientifiques et les besoins réels des personnes. Il participe ainsi à une dynamique plus large portée par l’État, en lien étroit avec les sociétés savantes, les associations et l’ensemble des acteurs de terrain.

Garantir des parcours de soins lisibles, accessibles et coordonnés est une priorité. C’est aussi une condition indispensable pour lutter contre les inégalités de santé et promouvoir l’autonomie, l’inclusion et la qualité de vie des personnes concernées et de leurs proches.

Je salue l’engagement de l’ensemble des contributeurs à ce travail et formule le voeu que ce livret constitue un appui concret pour les professionnels, au service d’un accompagnement plus juste, plus précoce et plus efficace.



**Etienne POT**

Délégué interministériel  
à la stratégie nationale  
pour les troubles du  
neurodéveloppement



**Nicolas PRISSE**

Président de la Mission  
interministérielle contre  
les drogues et les  
conduites addictives

Chères personnes concernées, chers professionnels,

C'est avec un réel plaisir que nous vous présentons ce livret portant sur le repérage et l'accompagnement des personnes présentant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) associé à un trouble addictif.

La co-occurrence de ces problématiques est bien connue. Les addictions constituent fréquemment une conséquence fonctionnelle d'un TDAH insuffisamment repéré ou pris en charge, et l'inverse est également vrai, en particulier dans les dispositifs d'addictologie où cette réalité est observée depuis longtemps.

Ces dernières années, un mouvement significatif a émergé au sein des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des unités hospitalières et des structures privées de la filière addictologique. Il a permis d'améliorer le repérage du TDAH et de renforcer la compréhension des liens entre ces deux troubles. L'enjeu actuel est désormais d'encourager l'ensemble des professionnels à s'investir pleinement dans l'accompagnement des personnes concernées, en développant la psychoéducation et en s'impliquant dans la primo-prescription ou le renouvellement des traitements indiqués dans le TDAH, conformément au cadre réglementaire en vigueur.

Les travaux doivent naturellement se poursuivre afin que les structures d'addictologie soient reconnues comme des acteurs à part entière de l'accompagnement du TDAH. Des réflexions seront notamment nécessaires quant à un éventuel élargissement de la primo-prescription aux médecins dûment formés, afin de faciliter l'accès au méthylphénidate.

Dans cette perspective, ce livret a été conçu pour vous apporter des repères concrets et favoriser un accompagnement éclairé des patients et des personnes concernées.

Nous vous souhaitons à toutes et à tous une excellente lecture.

Merci.

**Diane PURPER-OUAKIL**

Présidente de la Société française du TDAH (SF-TDAH)

Professeur des universités - praticien hospitalier - CHU de Montpellier

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est aujourd'hui mieux connu, mais reste encore insuffisamment repéré, en particulier chez les adolescents et les adultes. Dans le champ de l'addictologie, ce trouble est pourtant fréquemment rencontré, tant chez les personnes ayant des troubles liés à l'usage de substances que chez celles concernées par des addictions comportementales.

Les consultations d'addictologie constituent un cadre privilégié pour le dépistage du TDAH. Les addictologues, médecins, psychologues, infirmiers et autres professionnels de ces équipes disposent d'une expertise reconnue dans l'évaluation des usages, dans l'accompagnement au long cours et dans le travail avec des personnes dont les parcours sont souvent marqués par des ruptures, des échecs diagnostiques ou thérapeutiques, et une forte exposition aux vulnérabilités psychosociales. Reconnaître leur rôle dans le repérage du TDAH, c'est reconnaître une compétence déjà existante et un potentiel important pour améliorer les trajectoires de soins.

Ce livret propose des informations claires, structurées et directement utilisables en consultation, s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé. Il fournit des repères concrets pour identifier les situations où un TDAH doit être évoqué et facilite le dialogue avec les personnes concernées. Il propose également une synthèse des moyens thérapeutiques, pharmacologiques et non pharmacologiques existants pour réduire les risques, améliorer la qualité de vie et soutenir les capacités d'autonomie et d'insertion des personnes concernées par le TDAH ainsi que de leur entourage.

Au-delà des professionnels de l'addictologie, ce livret rendra service à un large public de professionnels qui, dans leur pratique, rencontrent des personnes touchées par le TDAH et les conduites addictives. Il rappelle que des démarches simples peuvent déjà améliorer la qualité du repérage et de l'orientation. D'ailleurs le repérage doit s'effectuer dans les deux sens. Si les équipes d'addictologie ont un rôle clé dans l'identification du TDAH, les professionnels impliqués dans le suivi des personnes atteintes de TDAH doivent, eux aussi, être attentifs aux problématiques d'addiction et de consommations à risque.

Ces difficultés peuvent être discrètes, banalisées ou sous-estimées, alors même qu'elles influencent fortement l'évolution du trouble, l'observance des traitements et le fonctionnement global des personnes. Une meilleure articulation entre professionnels, qui est l'un des objectifs portés par la Société française du TDAH, est donc indispensable.



# Sommaire

-  **PAGE 8**  
**PRÉSENTATION ET EPIDÉMIOLOGIE DU TDAH**
-  **PAGE 9**  
**QUELS LIENS ET ENJEUX PARTAGÉS ENTRE LE TDAH ET LES ADDICTIONS ?**
-  **PAGE 11**  
**COMMENT REPÉRER LE TDAH EN POPULATION ADDICTOLOGIQUE ?**
-  **PAGE 13**  
**DU REPERAGE AU DIAGNOSTIC DU TDAH EN POPULATION ADDICTOLOGIQUE**
-  **PAGE 17**  
**STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES**

# PRÉSENTATION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DU TDAH

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble du neurodéveloppement (TND) qui se caractérise par des symptômes persistants et invalidants d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité. Les conséquences sur la vie des personnes et de leur entourage peuvent être sévères, avec des retentissements sur le plan sanitaire, social, académique, professionnel et parfois judiciaire<sup>1</sup>.

Le TDAH est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents et l'un des motifs principaux de consultation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Selon les études épidémiologiques internationales en population générale, la prévalence du TDAH avoisine 5% chez les enfants et adolescents et 3% chez les adultes, sans différences significatives entre les pays occidentaux<sup>2</sup>. Cette prévalence est stable à travers le temps et les régions géographiques.

Les causes du TDAH sont liées à des facteurs génétiques (forte héritabilité) et à des facteurs environnementaux, qui incluent notamment des influences prénatales et des expositions à des polluants<sup>3</sup>. Des conditions psychosociales peuvent également être associées à un tableau de TDAH, mais n'en constituent ni une cause unique ni un diagnostic d'exclusion.

Le TDAH est plus fréquent chez les garçons que chez les filles en population pédiatrique, mais ce ratio tend à s'équilibrer à l'âge adulte<sup>4</sup>. L'une des hypothèses à ce constat est que le TDAH est repéré plus tardivement, voire sous-diagnostiqué, chez les filles qui parviennent à mieux masquer et compenser les symptômes.

---

1. Faraone, S. V., Bellgrove, M. A., Brikell, I., Cortese, S., Hartman, C. A., Hollis, C., Newcorn, J. H., Philipsen, A., Polanczyk, G. V., Rubia, K., Sibley, M. H., & Buitelaar, J. K. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 10(1), 11.
2. RBPP, « Trouble du neurodéveloppement / TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents », Haute autorité de santé, 2024.
3. Martins, E., & Bouvard, M. P. (2025). Approche historique du trouble déficit de l'attention hyperactivité et de sa prise en charge. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 183(3), 209-214.
4. Babinski D. E. (2024). Sex Differences in ADHD: Review and Priorities for Future Research. *Current psychiatry reports*, 26(4), 151-156.

# QUELS LIENS ET ENJEUX PARTAGÉS ENTRE LE TDAH ET LES ADDICTIONS ?

Le TDAH est associé à diverses comorbidités neurodéveloppementales, psychiatriques et médicales générales tout au long de la vie<sup>5</sup>. Parmi ces comorbidités, il existe une **association particulièrement fréquente entre TDAH et addictions**<sup>6</sup>. Ainsi, là où la prévalence du TDAH de l'adulte atteint 3% de la population générale, elle avoisine les 25% chez les personnes concernées par des troubles de l'usage de substances (TUS)<sup>7</sup>. Il existe aussi une vulnérabilité particulière des personnes atteintes de TDAH vis-à-vis des addictions sans substances : on rapporte jusqu'à 30% de TDAH dans l'addiction aux jeux vidéo<sup>8</sup> ou aux jeux de hasard et d'argent<sup>9</sup>. D'autres comportements potentiellement compulsifs comme la sexualité ou les achats ont également été associés au TDAH<sup>10</sup>.

En outre, **les personnes avec un TDAH non-repéré sont plus à risque de développer des troubles addictifs que les personnes avec un TDAH repéré et faisant l'objet d'accompagnements spécifiques**<sup>11</sup>. Par ailleurs, les enfants et adolescents avec un TDAH persistant ont un risque accru de dépendance à la nicotine, contrairement à ceux dont les symptômes de TDAH diminuent<sup>12</sup>.

---

5. Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15020.

6. Therribout, N., Icick, R., Karsinti, E., Dereux, A., Bellivier, F., Vorspan, F., Von Hammerstein, C., & Romo, L. (2025). TDAH et addictions : Concepts et applications cliniques pour une meilleure prise en charge. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 183(3), 249–258.

7. Rohner, H., Gaspar, N., Philipsen, A., & Schulze, M. (2023). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 1275.

8. Koncz, P., Demetrovics, Z., Takacs, Z. K., Griffiths, M. D., Nagy, T., & Király, O. (2023). The emerging evidence on the association between symptoms of ADHD and gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 106, 102343.

9. Theule, J., Hurl, K. E., Cheung, K., Ward, M., & Henrikson, B. (2019). Exploring the Relationships Between Problem Gambling and ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of attention disorders*, 23(12), 1427–1437.

10. El Archi S, Barrault S, Garcia M, et al. Adult ADHD Diagnosis, Symptoms of Impulsivity, and Emotional Dysregulation in a Clinical Sample of Outpatients Consulting for a Behavioral Addiction. *J Atten Disord*. 2023;27(7):731-742.

11. Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T., & Faraone, S. V. (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, 104(2), e20.

12. Ilbegi, S., Groenman, A.P., Schellekens, A. et al. Substance use and nicotine dependence in persistent, remittent, and late-onset ADHD: a 10-year longitudinal study from childhood to young adulthood. *J Neurodevelop Disord* 10, 42 (2018).

Pour toutes ces raisons, l'absence de diagnostic ou de prise en charge d'un TDAH constitue pour l'individu un facteur majeur de vulnérabilité aux troubles addictifs. L'impulsivité, la recherche de sensation, et la dysrégulation émotionnelle souvent associées au TDAH favorisent d'autant plus l'initiation précoce et l'évolution vers une addiction, dont l'évolution est plus péjorative qu'en l'absence de TDAH.

Enfin, le TDAH et le TUS sont deux troubles s'influencant mutuellement : les symptômes du TDAH peuvent aggraver les comportements addictifs, tandis que l'usage de substances et l'usage excessif de jeux (sommeil, anxiété, humeur) peut masquer ou exacerber les symptômes du TDAH<sup>13</sup>.

**Cette intrication entre troubles addictifs et TDAH nécessite un repérage systématique du TDAH chez les personnes suivies dans les structures addictologiques, ainsi qu'une approche intégrée spécifique.**



---

13. Zulauf, C. A., Sprich, S. E., Safran, S. A., & Wilens, T. E. (2014). The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Current psychiatry reports*, 16(3), 436.

# COMMENT REPÉRER LE TDAH EN POPULATION ADDICTOLOGIQUE ?

Afin de repérer du TDAH en population adolescente et adulte concernée par un trouble addictif, différents outils peuvent être utilisés pour appuyer les investigations cliniques :

- **L'Adult Self Report Scale, 18 items (ASRS)<sup>14</sup>** : cette échelle développée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) représente l'outil le plus utilisé pour le repérage du TDAH chez l'adulte. A travers les 6 premières questions, l'ASRS permet de détecter de potentiels symptômes indiquant qu'un examen clinique plus approfondi est nécessaire. L'échelle, qui repose sur un questionnaire que l'adulte complète lui-même, présente notamment l'avantage d'être rapide et simple à remplir. Il est recommandé de faire remplir également les 12 items supplémentaires pour approfondir l'évaluation initiale et guider le suivi ultérieur.
- **La Wender Utah Rating Scale, 25 items (WURS-25)<sup>15</sup>** : cet outil a pour objectif de recueillir, de façon rétrospective, les symptômes du TDAH pendant l'enfance. Dans cette perspective, 25 items sont proposés afin de reconstituer le profil historique des symptômes chez l'adulte (dont, notamment, des items liés à l'agitation, aux oubli fréquents, à l'impulsivité, aux difficultés scolaires ou encore à l'instabilité émotionnelle). Tout comme l'ASRS, la WURS représente un questionnaire auto-rempli.

14. Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Seznik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), 245–256.

15. Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 150(6), 885–890.

Dans un contexte où les données de sensibilité montrent que jusqu'à 20% des diagnostics de TDAH sont manqués lorsque l'on n'utilise qu'un seul outil de dépistage, **il est recommandé d'utiliser l'ASRS-18 et la WURS-25 de façon combinée.**<sup>16</sup> En effet, ces deux outils présentent une certaine complémentarité en ce qu'ils permettent de couvrir la période de l'âge adulte ainsi que celle de l'enfance.

Il convient de noter que l'interprétation et l'organisation potentielle d'un parcours de soins post-dépistage via l'ASRS ou WURS-25 doivent être mises en œuvre par des professionnels formés, qui auront à confirmer ou infirmer le diagnostic par la suite grâce à des entretiens cliniques dédiés.



---

16. Brevik EJ, Lundervold AJ, Haavik J, Posserud MB. Validity and accuracy of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Self-Report Scale (ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS) symptom checklists in discriminating between adults with and without ADHD. *Brain Behav.* 2020 Jun;10(6):e01605.

# DU REPÉRAGE AU DIAGNOSTIC DU TDAH EN POPULATION ADDICTOLOGIQUE

Afin de procéder à un diagnostic de TDAH, le clinicien doit tout d'abord mettre en œuvre des **entretiens individuels, souvent répétés dans le temps**. Dans cette perspective, il est recommandé de procéder à l'évaluation du TDAH dans un contexte où les consommations sont suffisamment stables/réduites pour permettre l'exploration du fonctionnement actuel et rétrospectif (enfance et périodes d'adolescence et d'âge adulte sans consommation).

Durant ces entretiens, il est attendu du clinicien **de rechercher les symptômes cardinaux du TDAH et de s'assurer que ces différents symptômes identifiés sont bien dû au trouble**.

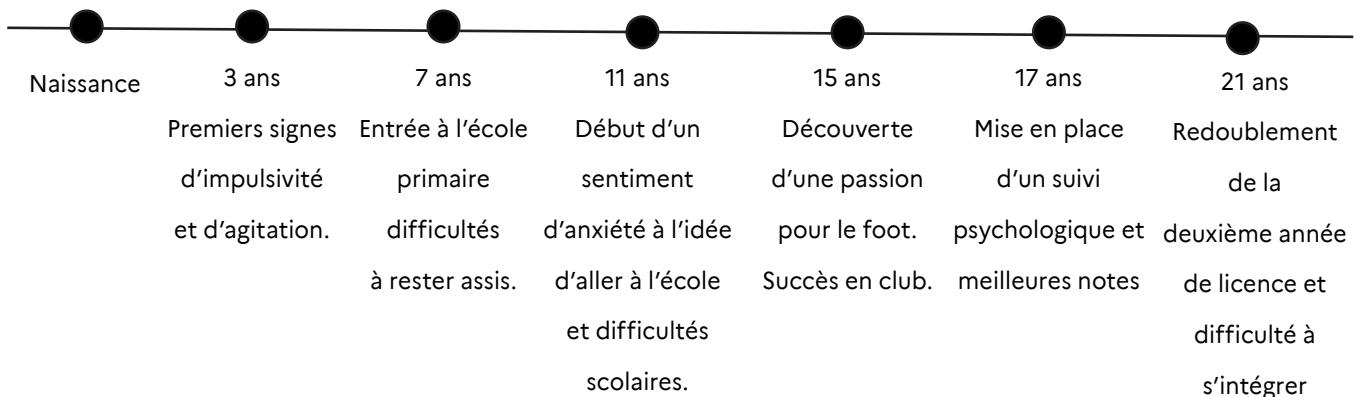
En d'autres termes, cela revient à vérifier pour chaque symptôme :

- Qu'il est présent la plupart du temps et de nature chronique ;
- Qu'il est associé à un retentissement, en termes de souffrance et/ou d'altération du fonctionnement ;
- Qu'il apparaît plus fréquemment et/ou de façon plus intense chez le patient évalué que chez d'autres personnes à des stades de développements comparables (chez l'enfant) ;
- Qu'il n'est pas mieux expliqué par une autre affection médicale, notamment psychiatrique ou somatique.

Les informations doivent être recueillies auprès du patient lui-même, mais l'apport de personnes de l'entourage qui le connaissaient enfant ou le connaissent actuellement peut s'avérer très utile.

En parallèle de ces entretiens individuels, il est préconisé de réaliser une « **ligne de vie** » de la personne. Cet outil, qui peut être visuel ou narratif, permet de représenter les étapes clés de la vie d'une personne, en mettant en évidence les moments marquants, les défis rencontrés, les réussites et les potentielles stratégies d'adaptation mises en œuvre

#### **Exemple d'outil visuel de ligne de vie d'un jeune adulte de 21 ans**



D'autre part, **l'évaluation diagnostique d'un TDAH chez l'adulte est à mener sur la période actuelle ainsi que sur la période de l'enfance**, soit avant douze ans. Par conséquent, l'ensemble des documents et éléments pouvant renseigner sur l'apparition et les caractéristiques des premiers symptômes sont les bienvenus (bulletins de notes, carnet de santé, factures, témoignages de proches présents depuis l'enfance etc.).

Dans cette perspective, les deux outils standardisés suivants peuvent faciliter la démarche diagnostique du TDAH par le clinicien opérant en filière addictologique :

- **La Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for the DSM-IV (CAADID)** : la CAADID correspond à un entretien diagnostique permettant une évaluation précise des symptômes actuels et avant 12 ans. Si sa passation est relativement longue, la CAADID présente l'avantage de recueillir l'historique médical et psychologique de la personne ainsi que les comportements associés.
- **La Diagnostich Interview Voor ADHD (DIVA-5)** : la DIVA représente un entretien semi-directif permettant une enquête méthodique des symptômes de l'enfance. L'outil explore pour chaque symptôme le fonctionnement actuel et le fonctionnement dans l'enfance. Chaque symptôme est illustré par des exemples concrets de la vie quotidienne afin de faciliter l'évaluation (ex : « la personne oublie souvent ses rendez-vous », « la personne interrompt les autres » etc.).

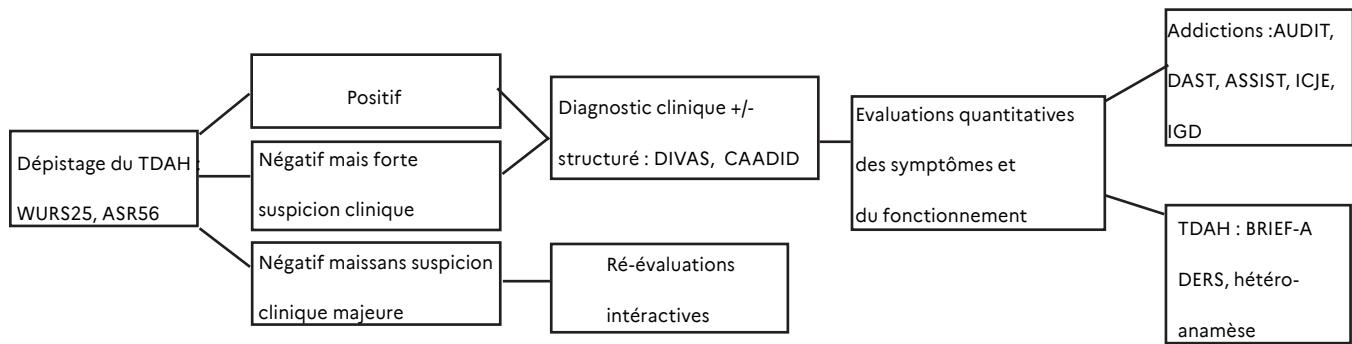
L'ASRS-18, la WURS-25, la CAADID et la DIVA-5 doivent être utilisées par des professionnels médicaux et psychologues formés. La CAADID est payante à chaque utilisation, la DIVA est en accès illimité moyennant 10€ d'accès au moment de l'écriture de ce livret. Enfin, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS en la matière, **le diagnostic final de TDAH doit être posé par un médecin spécialisé du TDAH.**

Pour mémoire, selon les recommandations de la HAS, sont considérés comme des médecins formés au diagnostic et au traitement du TDAH :

**« tous les médecins ayant suivi une formation sur le TDAH [...] validée par son Collège national professionnel ainsi que les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, les psychiatres de l'adulte, les pédiatres, les neuropédiatres ainsi que les neurologues qui, compte tenu de leurs programmes d'enseignement magistral et pratique, ont acquis une connaissance sur le TDAH et les TND dans leur cursus de formation, ou validé une formation de DPC conforme à la recommandation.<sup>17</sup>»**

Une fois que le diagnostic de TDAH et de ses comorbidités est posé, les cliniciens peuvent poursuivre l'évaluation du retentissement et des symptômes associés via des outils tels que l'ASRS-18, le BRIEF-A (gêne exécutive) ou encore la DERS-16 (dysrégulation émotionnelle).

17. RBPP, « Trouble du neurodéveloppement / TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents », Haute autorité de santé, 2024.



### Schéma décrivant la démarche diagnostique du TDAH en contexte d'addiction

Source : Therribout, N., Icick, R., Karsinti, E., Dereux, A., Bellivier, F., Vorspan, F., Von Hammerstein, C., & Romo, L. (2025). TDAH et addictions : Concepts et applications cliniques pour une meilleure prise en charge. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 183(3), 249–258.



# LES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES EN CAS DE PATHOLOGIE DUELLE « TDAH ET ADDICTION »

Toutes les personnes diagnostiquées pour un TDAH ne sont pas concernées par la mise en place d'un traitement spécifique. Le diagnostic final et, surtout, la décision de mettre en œuvre un traitement dépend de plusieurs critères, notamment celui du retentissement fonctionnel significatif des symptômes sur la vie de la personne. Ainsi, selon la HAS, le TDAH n'appelle une stratégie thérapeutique spécifique que lorsque les symptômes altèrent de manière durable et significative la qualité de vie de la personne dans ses différents environnements (familial, académique etc.).

Dans un contexte d'addiction, les soins du TDAH sont **multimodaux et multidisciplinaires faisant intervenir des mesures médicamenteuses et non-médicamenteuses** mettant l'accent sur les symptômes communs aux deux troubles<sup>18</sup>.

**Pour ce qui est des approches médicamenteuses, différents traitements ont montré leur efficacité dans le cas général du TDAH, dont notamment les psychostimulants<sup>19</sup> comme le méthylphénidate ou certaines molécules de la famille des amphétamines ainsi qu'un non-stimulant, l'atomoxétine, qui n'est disponible en France que sous le régime de l'accès compassionnel. Les modalités d'utilisation de ces différentes spécialités disponibles sont résumées dans le tableau ci-dessous.**

---

18. Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D., & Bulbena, A. (2012). Psychiatric Co-Morbidity and Substance Use Disorders: Treatment in Parallel Systems or in One Integrated System? *Substance Use & Misuse*, 47, 1005-1014

19. Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbu, C., Purgato, M., Steinhagen, H. C., Shokraneh, F., Xia, J., & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 5(9), 727-738.

	Bilan Thérapeutique	Initiation	Titration	Dose maximale Autorisée	Surveillance
<b>Ritaline LP® Medikinet LM®</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic structuré</li> <li>- Recherche de contre indications</li> <li>- Traitements concomitants</li> <li>- Poids, fréquence cardiaque, tension artérielle</li> </ul>	10 mg/j (par psychiatre ou neurologue)	10 à 20 mg/j tous les 7j (une à deux prises par j)	80 mg/j	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Régulièrement : poids, fréquence cardiaque, tension artérielle</li> <li>- Apparition ou aggravation de troubles psychiatriques (anxiété, troubles du sommeil, troubles délirants)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche de point d'appel cardiological et avis spécialisé si nécessaire</li> </ul>	18 mg/j (par psychiatre ou neurologue)	18 mg/j tous les 7j (une prise par j le matin)	72 mg/j	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan sanguin (bilan métabolique, dont notamment lipido-glucidique).</li> </ul>	20 à 30 mg/j (par psychiatre ou neurologue)	10 à 20 mg/j tous les 7j (une prise par j le matin)	70 mg/j	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mésusage ou détournement (sauf pour atomoxétine).</li> </ul>

**Tableau 1. Principales modalités d'utilisation des quatre spécialités actuellement autorisées pour le traitement du TDAH adulte.**

En France, les quatre médicaments disponibles en pharmacie de ville pour le TDAH de l'adulte sont trois spécialités à base de méthylphénidate (Ritaline® LP, Medikinet® LM, et Concerta® LP) et une spécialité à base de lisdexamfétamine (Xurta®).

La Ritaline® et le Quasym® sont deux spécialités commercialisées chez l'enfant mais qui ne sont pas autorisées chez l'adulte.

**Jusqu'à récemment, le seul principe actif commercialisé en France pour le traitement du TDAH était le méthylphénidate (MPH). Il existe des données préliminaires montrant l'efficacité en cas d'addiction associée<sup>20</sup> de ce psychostimulant, qui n'est pas une amphétamine mais une pipéridine.** Dans le contexte de TUS, des posologies de méthylphénidate plus élevées (d'environ 40 à 50%, par rapport aux situations sans addiction) pourraient s'avérer utiles<sup>21</sup>. Attention, au-dessus de 80 mg/j, le méthylphénidate est hors-AMM (autorisation de mise sur le marché), et la mention « hors-AMM » doit être inscrite sur l'ordonnance avec déremboursement possible du patient.

20. Barbuti, M., Maiello, M., Spera, V., Pallucchini, A., Brancati, G. E., Maremmani, A. G. I., Perugi, G., & Maremmani, I. (2023). Challenges of Treating ADHD with Comorbid Substance Use Disorder: Considerations for the Clinician. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3096.

21. Skoglund C, Brandt L, D'Onofrio B, Larsson H, Franck J. Methylphenidate doses in attention deficit/hyperactivity disorder and comorbid substance use disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017;27(11):1144–52.

Par ailleurs, certains risques, notamment cardiovasculaires, sont dose-dépendants, et la surveillance doit être particulièrement stricte en cas de hautes doses. La prescription hors-AMM au-delà de 80 mg/j doit faire l'objet d'une grande prudence, en particulier sur le risque de mésusage et de diversion. Au-delà de 120 mg/j, le rapport bénéfice-risque du méthylphénidate n'est pas étudié, et la prescription est fortement déconseillée.

Les patients ayant des modes de consommation particulièrement risqués (stimulants fumés, intra-veineux, addictions actives multiples) sont largement sous-représentés dans les études disponibles sur TDAH et addictions, notamment au plan de la conduite du traitement médicamenteux. Il conviendra ici d'être particulièrement prudent sur l'apparition d'effets indésirables liées aux caractéristiques de ces usagers mais aussi aux interactions médicaments/substances addictives. On ne saurait néanmoins limiter l'accès aux soins pour ces usagers. Dans ce contexte, une initiation des médicaments en milieu hospitalier pourra être proposée, renforçant la nécessité de compléter l'autonomie des centres d'addictologie dans le suivi des personnes avec TDAH par un réseau de soins spécialisé. Les premières données rétrospectives disponibles dans cette population sont cependant rassurantes<sup>22</sup>.

**Actuellement, la primo-prescription et le renouvellement annuel du méthylphénidate et de la lisdexamfétamine ne sont autorisés qu'aux psychiatres, pédiatres et neurologues. Néanmoins, au cours des périodes intermédiaires allant de la primo-prescription au renouvellement annuel (soit sur une année), tout médecin peut renouveler cette prescription et l'adapter si besoin<sup>23</sup>.**

Le méthylphénidate et la lisdexamfétamine doivent être prescrits sur une ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours, conformément à la réglementation s'appliquant aux stupéfiants. Le traitement est ensuite délivré par un pharmacien sur présentation de l'ordonnance initiale du spécialiste ou sur présentation de l'ordonnance de renouvellement accompagnée de l'ordonnance initiale datée de moins d'un an.

---

22. Tardelli, V., Xu, K. Y., Bisaga, A., Levin, F. R., Fidalgo, T. M., & Grucza, R. A. (2023). Prescription amphetamines in people with opioid use disorder and co-occurring psychostimulant use disorder initiating buprenorphine: an analysis of treatment retention and overdose risk. *BMJ mental health*, 26(1), e300728.

23. Art. R. 5121-88 modifié par décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 – art. 2 du Code de la santé publique

Dans le contexte de la réglementation en vigueur dans le cadre de la primo-prescription des psychostimulants, la mobilisation par les structures de soins en addictologie des filières régionales du TDAH – dont notamment les centres ressources du TDAH<sup>24</sup> – peut s'avérer pertinente. En l'absence d'une évolution réglementaire permettant la primo-prescription du TDAH par tout addictologue, il revient aux structures d'addictologie ne disposant pas de psychiatre de mettre en place un réseau avec un psychiatre qui peut confirmer le diagnostic et initier le traitement. Les centres ressources du TDAH peuvent aider à la mise en place d'un réseau de proximité voire se charger du bilan initial et de la primo-prescription dans les situations les plus complexes.

Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) propre au méthylphénidate précise qu'il ne doit pas être utilisé en cas de troubles cardiovasculaires préexistants ou de troubles cérébrovasculaires préexistants. De ce fait, avant de débuter un traitement par psychostimulant (méthylphénidate ou lisdexamfétamine), les antécédents familiaux cardiaques doivent être recherchés, dont notamment l'arythmie maligne ou la mort subite cardiaque inexpliquée. Le tableau ci-dessous résume les principaux éléments cliniques qui peuvent motiver un avis cardiaque préthérapeutique<sup>25</sup>.

#### Quand demander un bilan cardiaque spécialisé avant ou pendant le traitement ?

- Pathologie cardiaque congénitale ou antécédent de chirurgie cardiaque
- Mort subite chez un apparenté de 1er degré avant 40 ans
- Dyspnée d'effort
- Perte de connaissance à l'effort, au froid, ou au bruit
- Palpitations rapides, régulières, de début et fin brutale
- Arythmie
- Douleurs thoraciques d'allure cardiaque
- Prise de poids rapide avec œdèmes
- Souffle cardiaque
- Hypertension artérielle

**Tableau 2. Demande de bilan cardiaque spécialisé dans le cadre d'un traitement par méthylphénidate ou lisdexamfétamine**

24. INSTRUCTION N° DGOS/P3/DI-TND/2025/51 du 14 mai 2025 relative à la création d'une filière de soins et à la labellisation de centres ressources du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

25. Faure, A., Bonelli, L., & Guaganti, M. (2025). TDAH : quels sont les effets cardiovasculaires du méthylphénidate et quelles sont les conséquences éventuelles pour la pratique clinique ? Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique, 183(3), 338–345.

En population TDAH générale, ces traitements sont globalement très bien tolérés au plan cardiovasculaire<sup>26</sup> et psychiatrique<sup>27</sup>. Si les données de pharmacovigilance publiées par l'ANSM indiquent que des effets indésirables graves peuvent survenir, il convient de noter que ces derniers concernent en particulier les personnes considérées comme à risque sur le plan psychiatrique ou cardiovasculaire.

**Les mesures non-médicamenteuses correspondent pour leur part à différentes interventions qui peuvent être mises en œuvre par des professionnels médicaux, psychologues et psychothérapeutes formés spécifiquement :**

- **La psychoéducation :** pratiquée de façon individuelle ou en groupe, elle a pour but de permettre au patient de mieux connaître et comprendre son TDAH. L'objectif est de faire de la personne concernée un acteur à part entière de son projet thérapeutique, en lui donnant davantage d'informations sur le trouble et ses conséquences. Le consensus européen actualisé sur le TDAH<sup>28</sup> recommande la mise en place systématique d'une approche psychoéducative en première intention, afin de susciter des changements de comportement chez la personne concernée. Conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS, la psychoéducation peut être mise en place par des professionnels de santé formés au TDAH.
- **Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) intégrées :** certaines recherches présentent des résultats encourageants quant à l'efficacité des programmes TCC pour TDAH et TUS<sup>29</sup>. **Les TCC de troisième vague, utilisant la pleine conscience, sont prometteuses dans le contexte du TDAH avec addictions,** notamment sur des dimensions communes comme la dysrégulation émotionnelle ou les ruminations.

26. Farhat, L. C., Lannes, A., Del Giovane, C., Parlatini, V., Garcia-Argibay, M., Ostinelli, E. G., Tomlinson, A., Chang, Z., Larsson, H., Fava, C., Montastruc, F., Cipriani, A., Revet, A., & Cortese, S. (2025). Comparative cardiovascular safety of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 12(5), 355–365.

27. van der Plas, N. E., Noordermeer, S. D. S., Oosterlaan, J., & Luman, M. (2025). Systematic Review and Meta-Analysis: Predictors of Adult Psychiatric Outcomes of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, S0890-8567(25)00215-1.

28. Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14-34.

29. van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Koeter MW, de Brujin K, Dekker JJM, van den Brink W, et al. Investigating the efficacy of integrated cognitive behavioral therapy for adult treatment seeking substance use disorder patients with comorbid ADHD: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013;13(1):132.

L'association de ces interventions au traitement médicamenteux est fortement recommandée et reste à encourager car elle demeure largement sous-employée.<sup>30</sup>

Enfin, des stratégies thérapeutiques complémentaires à l'instar du neurofeedback ou de l'entraînement cognitif ne disposent pas encore de niveau de preuve suffisant selon les recommandations de la HAS.



---

30. Brynte, C., Schellekens, A., Barta, C., Begeman, A. H. A., Crunelle, C. L., Daigre, C., Demetrovics, Z., Dom, G., Grau-López, L., Hernandez, M., Icick, R., Johnson, B., Kapitány-Fövény, M., van Kernebeek, M., Konstenius, M., Levin, F. R., Luderer, M., Matthys, F., Moggi, F., Franck, J. (2024). Treatments and Treatment Predictors in Patients With Substance Use Disorders and Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: First Results From the International Naturalistic Cohort Study of ADHD and SUD (INCAS). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 86(1).

# ANNEXE

	<b>Données spécifiques de prévalence et de comorbidité</b>	<b>Manifestations cliniques spécifiques en cas de TDAH</b>	<b>Précautions et recommandations sur la conduite des traitements médicaux.</b>
<b>Alcool</b>	Données scientifiques disponibles montrent des prévalences comparables ou légèrement différentes entre hommes et femmes <sup>1</sup> en matière de comorbidité TDAH/alcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De nombreuses manifestations accrues dans le TDAH favorisent les consommations : stress, ennui, frustration.</li> <li>- Risque accru de rechutes après arrêt<sup>2</sup></li> <li>- Présentation clinique du TDAH et de l'addiction à l'alcool parfois atypique : recours à l'alcool pour gérer l'hyperactivité<sup>3</sup>, les difficultés d'attention et de planification<sup>4</sup>, et surtout de stress<sup>5</sup> et de dysrégulation émotionnelle<sup>6</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque d'augmentation des concentrations plasmatiques de méthylphénidate<sup>7</sup></li> <li>- Risque d'effets indésirables psychiques et cardiovasculaires aggravés en cas de traitement par disulfiram<sup>8</sup>.</li> </ul>
<b>Tabac</b>	Risque augmenté de tabagisme et de dépendance à la nicotine : les jeunes avec TDAH sont ≈2-3 fois plus susceptibles de fumer que leurs pairs sans TDAH et montrent des taux d'usage régulier plus élevés <sup>9</sup> , après ajustements multiples sur des facteurs confondants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consommation plus précoce et cours plus rapide : initiation plus jeune, transition plus rapide vers l'usage régulier et dépendance sévère<sup>10</sup></li> <li>- Plus grande sévérité de la dépendance : les consommateurs avec TDAH rapportent souvent une dépendance plus forte et davantage de tentatives infructueuses d'arrêt<sup>11</sup></li> <li>- Symptômes de sevrage plus intenses (irritabilité, difficulté de concentration).<sup>12</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque important de données<sup>13</sup></li> <li>- Possible augmentation des effets renforçants du tabac (étude observationnelle)<sup>14</sup></li> <li>- Augmentation des concentrations plasmatiques de bupropion<sup>15</sup> (ZYBAN®)</li> </ul>
<b>Cannabis</b>	Co-addiction au tabac presque systématique en population française		- Risque accru de symptômes psychotiques <sup>16</sup>
<b>Cocaine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Près de 26% des adultes avec TDAH auraient consommé de la cocaïne au cours de leur vie<sup>17</sup></li> <li>- 10% auraient développé un trouble lié à l'usage de la cocaïne au cours de leur vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usage non médical de stimulants prescrits (p. ex. pour améliorer vigilance/performances scolaires) possible chez étudiants et jeunes adultes avec TDAH<sup>18</sup> et dans certaines populations adultes<sup>19</sup></li> <li>- Difficulté diagnostique particulière entre rapports subjectifs de soulagement de certains symptômes de TDAH par l'usage de stimulants et apparition tardive de symptômes dus aux psychostimulants<sup>20</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'interaction pharmacocinétique<sup>21</sup></li> <li>- Augmentation des effets cardiovasculaires du MPH<sup>22</sup> /des amphétamines mais négligeables aux doses habituelles de MPH/amphétamines chez des personnes avec addiction actuelle à la cocaïne<sup>23/24</sup></li> <li>- En cas de surdosage/mésusage MPH/amphétamine : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Risque accru d'accidents cardio et cérébro-vasculaire<sup>25</sup></li> <li>o Très rares cas de symptômes maniaques, symptômes psychotiques<sup>26</sup></li> </ul> </li> <li>- Risque accru de détournement et surtout de voie non-orale (sniff, IV)<sup>27</sup></li> <li>- Traitement TDAH a un effet bénéfique possible sur l'usage de cocaïne<sup>28</sup></li> </ul>

# Mieux repérer, orienter et prendre en charge le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité chez les patients de la filière addictologique - 2026

	<b>Données spécifiques de prévalence et de comorbidité</b>	<b>Manifestations cliniques spécifiques en cas de TDAH</b>	<b>Précautions et recommandations sur la conduite des traitements médicaux</b>
<b>Stimulants type amphétamines</b>	- Usage et addiction globalement plus rares en France qu'en Europe de l'est, USA, Royaume-Uni <sup>29</sup>	- Difficulté diagnostique particulière entre rapports subjectifs de soulagement de certains symptômes de TDAH par l'usage de stimulants et apparition tardive de symptômes dus aux psychostimulants	- En l'état actuel des connaissances, les risques décrits pour la cocaïne sont similaires mais un peu plus fréquents et un peu plus graves avec les amphétamines
<b>Stimulants type cathinones</b>	- Manque important de données	- Difficulté diagnostique particulière entre rapports subjectifs de soulagement de certains symptômes de TDAH par l'usage de stimulants et apparition tardive de symptômes dus aux psychostimulants  - Possible association TDAH et chemSex : une évaluation sexologique éventuellement spécialisée se discute à distance (rapport de cas, expérience clinique <sup>30</sup> et scores de sexualité compulsive plus élevés en cas de TDAH <sup>31</sup> )	- Par analogie : similaire à celles pour la cocaïne  - Probable augmentation des effets directs des cathinones et du méthylphénidate, entre autres par augmentation des concentrations plasmatiques (par analogie avec le bupropion, une cathinone faible, en l'absence de donnée pour les cathinones d'abus) <sup>32</sup>
<b>Benzodiazépines et apparentés</b>	- Manque important de données sur ce type d'addiction en lui-même  - Exposition majorée aux BZD et apparentés <sup>33</sup> , probablement par des facteurs intermédiaires associés au TDAH : insomnie <sup>34</sup> , dysrégulation émotionnelle, anxiété	- Effet délétère sur les fonctions exécutives lié au TDAH  - Mésusage de BZD à surveiller, notamment en ce qui concerne :  o Le risque de détournement <sup>35</sup> o Le risque de prescription hors RBPP <sup>36</sup> (non spécifique au TDAH)	- Mésusage possiblement plus fréquent en cas d'usage chronique <sup>37</sup> et de trouble de l'usage <sup>38</sup> de BZD
<b>OPIOIDES</b>	- Sous-diagnostic fréquent : la majorité des patients avec un trouble lié aux opiacés et un TDAH n'avaient pas reçu de diagnostic ou de traitement du TDAH avant l'entrée dans les soins addictologiques <sup>39</sup>	- Diagnostic tardif et tableau compliqué : chez les patients avec un trouble lié aux opiacés, le TDAH est souvent découvert tardivement, ce qui complique la prise en charge initiale et retarde les interventions ciblées (consensus d'experts)  - Plus faible adhérence et rétention aux traitements des troubles de l'usage d'opioïdes, même si les résultats varient selon les séries <sup>40</sup>	- Pas d'effet négatif notable chez des personnes traitées par méthadone ou buprénorphine <sup>41</sup>
<b>JEUX DE HASARD ET D'ARGENT</b>	- 29% de TDAH confirmés  - Manque de données avec des diagnostics de TDAH (ex : enquête de 2025 concernant les addictions sans substance et ne reposant pas sur des diagnostics fiables) <sup>42</sup>	- Recouvrement symptomatique possiblement aussi important que pour l'usage de substances <sup>44</sup>	- Possible bénéfice sur l'usage de jeu par réduction des prises de risque et amélioration de la prise de décision <sup>4546</sup> mais pas de réduction de l'usage <sup>47</sup> (contrairement à toutes les autres conduites mesurées, voir ci-dessous)  - Pas de rapport de mauvaise tolérance dans les études citées

Mieux repérer, orienter et prendre en charge le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité chez les patients de la filière addictologique - 2026

	<b>Données spécifiques de prévalence et de comorbidité</b>	<b>Manifestations cliniques spécifiques en cas de TDAH</b>	<b>Précautions et recommandations sur la conduite des traitements médicaux.</b>
<b>Jeux vidéos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usagers les plus jeunes</li> <li>• 29% de TDAH confirmés<sup>48</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-- Niveau socio-économique et capacités relationnelles plus faibles en cas de trouble de l'usage de jeu par Internet<sup>49</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction de l'usage<sup>50,51</sup></li> <li>- Réduction de l'usage excessif d'Internet<sup>52</sup> (étude rapportant une réduction de tous les comportements addictifs à l'étude à l'instar de l'addiction aux achats ou à la sexualité, laissant penser à une amélioration de symptômes indirects de TDAH plutôt que de véritables addictions comorbides)</li> <li>- Pas de rapport de mauvaise tolérance dans les études citées</li> </ul>
<b>Troubles hyperphagiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 27% de TDAH confirmés en population clinique consultant pour obésité<sup>53</sup></li> <li>- Les personnes avec TDAH non traitées ont un risque significativement plus élevé d'être en surpoids ou obèses que celles sans TDAH – tandis que les personnes TDAH traitées connaissent un risque de surpoids/obésité qui n'est pas significativement différent de celui de la population générale<sup>54</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperphagie boulimique très fréquente dans le TDAH de l'adulte<sup>55</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction de l'hyperphagie<sup>56</sup>, l'étude rapportant une réduction de tous les comportements addictifs à l'étude (achat, sexualité) - laissant penser à une amélioration de symptômes indirects de TDAH plutôt que de véritables addictions comorbides.</li> <li>- Pas de mauvaise tolérance selon des études observationnelles<sup>57</sup>, mais une revue systématique beaucoup incite à une grande prudence dans les troubles restrictifs</li> </ul>

## BIBLIOGRAPHIE

1. Reyes MM, Schneekloth TD, Hitschfeld MJ, Karpyak VM. Impact of Sex and ADHD Status on Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Alcoholics. *J Atten Disord*. 2019;23(12):1505-1513.
2. Kawata, T., Sugihara, G., Kakibuchi, Y., Tomitaka, M., Miyajima, M., Matsushima, E., Takeuchi, T., & Takahashi, H. (2022). Attention deficit hyperactivity symptoms and risk of alcohol use relapse. *Neuropsychopharmacology Reports*, 43(1), 103-111.
3. Luderer, M., Seidt, J., Gerhardt, S., Hoffmann, S., Vollstädt-Klein, S., Reif, A., & Sobanski, E. (2023). Drinking alcohol to cope with hyperactive ADHD? Self-reports vs. continuous performance test in patients with ADHD and/or alcohol use disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1112843.
4. Garcia, F. D., Hamzaoui, D., Naassila, M., Llorca, P. M., & the i-Share Team. (2020). The relation between ADHD symptoms, perceived stress and binge drinking in college students. *Psychiatry Research*, 291, 113236.
5. Garcia, F. D., Hamzaoui, D., Naassila, M., Llorca, P. M., & the i-Share Team. (2020). The relation between ADHD symptoms, perceived stress and binge drinking in college students. *Psychiatry Research*, 291, 113236.
6. Li Y, Ma S, Zhang X, Gao L. ASD and ADHD: Divergent activating patterns of prefrontal cortex in executive function tasks?. *J Psychiatr Res*. 2024;172:187-196.
7. Patrick KS, Straughn AB, Minhinnett RR, Yeatts SD, Herrin AE, DeVane CL, Malcolm R, Janis GC, Markowitz JS. Influence of ethanol and gender on methylphenidate pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Clin Pharmacol Ther*. 2007 Mar;81(3):346-53.
8. Grau-López L, Roncero C, Navarro MC, Casas M. Psychosis induced by the interaction between disulfiram and methylphenidate may be dose dependent. *Subst Abus*. 2012;33(2):186-188.
9. van Amsterdam J, van der Velde B, Schulte M, van den Brink W. Causal Factors of Increased Smoking in ADHD: A Systematic Review. *Subst Use Misuse*. 2018;53(3):432-445.
10. Gray, K. M., & Upadhyaya, H. P. (2009). Tobacco smoking in individuals with attention-deficit hyperactivity disorder: Epidemiology and pharmacological approaches to cessation. *CNS Drugs*, 23(8), 661-668.
11. Besson, M., & Forget, B. (2016). Cognitive dysfunction, affective states, and vulnerability to nicotine addiction: A multifactorial perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 160.
12. Liebrenz M, Fisher CE, Nellen R, Frei A, Biechl AC, Hiestand N, Huber A, Buadze A, Eich D. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and nicotine withdrawal: a qualitative study of patient perceptions. *BMC Psychiatry*. 2016 Jul 4;16:208.

13. McNealy KR, Weyrich L, Bevins RA. The co-use of nicotine and prescription psychostimulants: A review of their behavioral and neuropharmacological interactions. *Drug Alcohol Depend.* 2023;248:109906.
14. Bron TI, Bijlenga D, Kasander MV, Spuijbroek AT, Beekman AT, Kooij JJ. Long-term relationship between methylphenidate and tobacco consumption and nicotine craving in adults with ADHD in a prospective cohort study. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(6):542-554.
15. Baird R. Methylphenidate and the cytochrome P450 system. *Can J Psychiatry.* 2003;48(6):425-426.
16. Moran, Lauren V et al. "Prescription stimulant use is associated with earlier onset of psychosis." *Journal of psychiatric research* vol. 71 (2015): 41-7.
17. Oliva F, Mangiapane C, Nibbio G, Berchialla P, Colombi N, Vigna-Taglianti FD. Prevalence of cocaine use and cocaine use disorder among adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2021;143:587-598.
18. Wilens T, Zulauf C, Martelon M, et al. Nonmedical Stimulant Use in College Students: Association With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Other Disorders. *J Clin Psychiatry.* 2016;77(7):940-947.
19. Callovini T, Janiri D, Segatori D, et al. Examining the Myth of Prescribed Stimulant Misuse among Individuals with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Pharmaceuticals (Basel).* 2024;17(8):1076. Published 2024 Aug 16.
20. Wilens TE, Adamson J, Sgambati S, et al. Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. *Am J Addict.* 2007;16 Suppl 1:14-23.
21. Winhusen T, Somoza E, Singal BM, et al. Methylphenidate and cocaine: a placebo-controlled drug interaction study. *Pharmacol Biochem Behav.* 2006;85(1):29-38.
22. Roache JD, Grabowski J, Schmitz JM, Creson DL, Rhoades HM. Laboratory measures of methylphenidate effects in cocaine-dependent patients receiving treatment. *J Clin Psychopharmacol.* 2000;20(1):61-68.
23. Collins, S. L., Levin, F. R., Foltin, R. W., Kleber, H. D. & Evans, S. M. (2006). Response to cocaine, alone and in combination with methylphenidate, in cocaine abusers with ADHD. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(2), 158-167.
24. Biso L, Lebosi M, Bonaso M, Carli M, Scarselli M. Methylphenidate for the Treatment of Cocaine Use Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Addict Med.* Published online October 24, 2025.
25. Indave BI, Sordo L, Bravo MJ, et al. Risk of stroke in prescription and other amphetamine-type stimulants use: A systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2018;37(1):56-69.

26. Roncero, C., Abad, A. C., Padilla-Mata, A., Ros-Cucurull, E., Barral, C., Casas, M., & Grau-López, L. (2017). Psychotic symptoms associated with the use of dopaminergic drugs, in patients with cocaine dependence or abuse. *Current Neuropharmacology*, 15(2), 315-323.
27. Chiappini S, Gramuglia PD, Mosca A, et al. Methylphenidate abuse and misuse in patients affected with a psychiatric disorder and a substance use disorder: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2024;15:1508732. Published 2024 Nov 18.
28. Manni C, Cipollone G, Pallucchini A, Maremmani AGI, Perugi G, Maremmani I. Remarkable Reduction of Cocaine Use in Dual Disorder (Adult Attention Deficit Hyperactive Disorder/Cocaine Use Disorder) Patients Treated with Medications for ADHD. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20):3911.
29. UNODC World Drug Report 2025: Global instability compounding social, economic and security costs of the world drug problem (Press\_release\_WDR\_2025\_English.pdf)
30. Garcia-Fuentes D, Fernández-Fernández EP, Planet Nielsen N, Batlle De Santiago E, Giné-Servén E, Cañete Crespillo J. Attempted suicide with intravenous methamphetamine and chemsex. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2022;51(1):76-80.
31. El Archi S, Barrault S, Garcia M, et al. Adult ADHD Diagnosis, Symptoms of Impulsivity, and Emotional Dysregulation in a Clinical Sample of Outpatients Consulting for a Behavioral Addiction. *J Atten Disord*. 2023;27(7):731-742.
32. Contrucci RR, Brunt TM, Inan F, Franssen EJF, Hondebrink L. Synthetic Cathinones and Their Potential Interactions with Prescription Drugs. *Ther Drug Monit*. 2020;42(1):75-82.
33. Calsyn DA, Saxon AJ. An innovative approach to reducing cannabis use in a subset of methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend*. 1999;53(2):167-169.
34. Bushnell G, Ivanenko A, Horton DB, et al. Psychiatric comorbidities and prescribing tendencies of sleep medications and related medications in young people with insomnia: a United States commercial claims-based analysis. *Sleep*. 2024;47(5):057.
35. Lugoboni F, Zamboni L, Mantovani E, Cibin M, Tamburin S; Gruppo InterSERT di Collaborazione Scientifica. Association between Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Intravenous Misuse of Opioid and Benzodiazepine in Patients under Opioid Maintenance Treatment: A Cross-Sectional Multicentre Study. *Eur Addict Res*. 2020;26(4-5):263-273.
36. Young JT, Carruthers S, Kaye S, et al. Comorbid attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorder complexity and chronicity in treatment-seeking adults. *Drug Alcohol Rev*. 2015;34(6):683-693.
37. Peles, E., Schreiber, S., Linzy, S., Domani, Y., & Adelson, M. (2015). Differences in methylphenidate abuse rates among methadone maintenance treatment patients in two clinics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 54, 44–49.

38. Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Kalbag AS, Garawi F, Nunes EV. Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug Alcohol Depend.* 2006;81(2):137-148.

39. Rohner, H., Gaspar, N., Rosen, H., Ebert, T., Kilarski, L. L., Schrader, F., Al Istwani, M., Lenz, A. J., Dilg, C., Welskop, A., Goldmann, T., Schmidt, U., & Philipsen, A. (2023). ADHD Prevalence among Outpatients with Severe Opioid Use Disorder on Daily Intravenous Diamorphine and/or Oral Opioid Maintenance Treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2534.

40. Ramey OL, Bonny AE, Silva Almodóvar A, Nahata MC. Gaps in Evidence-based Treatment of Concurrent Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Opioid Use Disorder: A Scoping Review. *Ann Pharmacother.* 2023;57(8):978-990.

41. Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Kalbag AS, Garawi F, Nunes EV. Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug Alcohol Depend.* 2006;81(2):137-148.

42. El Archi S, Barrault S, Garcia M, et al. Adult ADHD Diagnosis, Symptoms of Impulsivity, and Emotional Dysregulation in a Clinical Sample of Outpatients Consulting for a Behavioral Addiction. *J Atten Disord.* 2023;27(7):731-742.

43. Findon JL, Muck A, Tóthpál-Davison B, Dommett EJ. Investigating behavioural addictions in adults with and without attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS One.* 2025;20(2):e0317525. Published 2025 Feb 5.

44. Tokumitsu K, Sugawara N, Tabuchi T, Yasui-Furukori N. Risk factors for the development of problem gambling in individuals with ADHD symptoms: The mediating roles of gambling engagement and ADHD characteristics. *Addict Behav.* 2025;166:108327.

45. Gvirts HZ, Lewis YD, Dvora S, et al. The effect of methylphenidate on decision making in patients with borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2018;33(4):233-237.

46. DeVito EE, Blackwell AD, Kent L, et al. The effects of methylphenidate on decision making in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2008;64(7):636-639.

47. Grassi G, Moradei C, Cecchelli C. Long-term changes on behavioral addictions symptoms among adults with attention deficit hyperactivity disorder treated with methylphenidate. *J Behav Addict.* 2024;13(4):904-912.

48. El Archi S, Barrault S, Garcia M, et al. Adult ADHD Diagnosis, Symptoms of Impulsivity, and Emotional Dysregulation in a Clinical Sample of Outpatients Consulting for a Behavioral Addiction. *J Atten Disord.* 2023;27(7):731-742.

49. Muzwagi AB, Motiwala FB, Manikkara G, et al. How Are Attention-deficit Hyperactivity and Internet Gaming Disorders Related in Children and Youth?. *J Psychiatr Pract.* 2021;27(6):439-447.

50. Salvati A, Sesso G, Lenzi F, Masi G, Berloff S. Efficacy of Methylphenidate for Internet Gaming Disorder and Internet Addiction in Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Curr Pharm Des.* 2024;30(6):477-483.

51. Park JH, Lee YS, Sohn JH, Han DH. Effectiveness of atomoxetine and methylphenidate for problematic online gaming in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Hum Psychopharmacol.* 2016;31(6):427-432.

52. Grassi G, Moradei C, Cecchelli C. Long-term changes on behavioral addictions symptoms among adults with attention deficit hyperactivity disorder treated with methylphenidate. *J Behav Addict.* 2024;13(4):904-912.

53. Brunault P, Frammery J, Montaudon P, et al. Adulthood and childhood ADHD in patients consulting for obesity is associated with food addiction and binge eating, but not sleep apnea syndrome. *Appetite.* 2019;136:25-32.

54. Cortese, S., Moreira-Maia, C. R., St. Fleur, D., Morcillo-Peñalver, C., Rohde, L. A., & Faraone, S. V. (2016). Association between ADHD and obesity: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(1), 34-43.

55. Brunault P, Frammery J, Montaudon P, et al. Adulthood and childhood ADHD in patients consulting for obesity is associated with food addiction and binge eating, but not sleep apnea syndrome. *Appetite.* 2019;136:25-32.

56. Grassi G, Moradei C, Cecchelli C. Long-term changes on behavioral addictions symptoms among adults with attention deficit hyperactivity disorder treated with methylphenidate. *J Behav Addict.* 2024;13(4):904-912.

57. Wilfahrt RP, Matthews AL. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Outpatients With a History of Disordered Eating Symptoms. *Clin Neuropharmacol.* 2025;48(2):39-42.

58. Vickers ML, Chan HY, Elliott S, et al. Stimulant medications in the management of bulimia nervosa and anorexia nervosa in patients with and without comorbid attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Eat Behav.* 2024;54:101908.

## COMITÉ DE RÉDACTION

Pr Romain Icick, psychiatre-addictologue

Pr Benjamin Rolland, psychiatre-addictologue

Pr Diane Purper Ouakil, pédopsychiatre

Dr Pascal Vesproumis, médecin généraliste addictologue

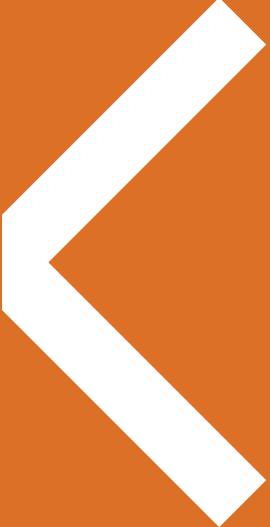
Dr Hervé Caci, psychiatre et pédopsychiatre

Dr Géraldine Talbot, médecin addictologue



**GOUVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



# **MIEUX REPÉRER, ORIENTER ET PRENDRE EN CHARGE LE TDAH CHEZ LES PATIENTS DE LA FILIÈRE ADDICTOLOGIQUE**

## **#VosDroitsVosChoix**

**di-tnd@pm.gouv.fr**

**Edition- Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : Autisme,Dys,TDAH et TDI.**

**Maquette : Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement.**

**Crédits photos : Getty Images/DITND**