

# TDA/H, transfert du patient adolescent vers la prise en charge adulte

Journées du TDA/H  
CHU de Rennes  
mercredi 3 septembre 2020

Franck J. Bayle  
Paris



VIA - A



# Disclosure: prof FJ Baylé 2015-20

## **Consultancy**

No consultancy

## **Honoraria**

Janssen-Cilag Morocco, Medice Berlin

## **Research Support**

No research support

## **State or government employee**

Paris-Descartes University, past chair of psychiatry

## **Scientific Societies**

Violence Impulsivity Aggression Society, president / Adult ADD-H

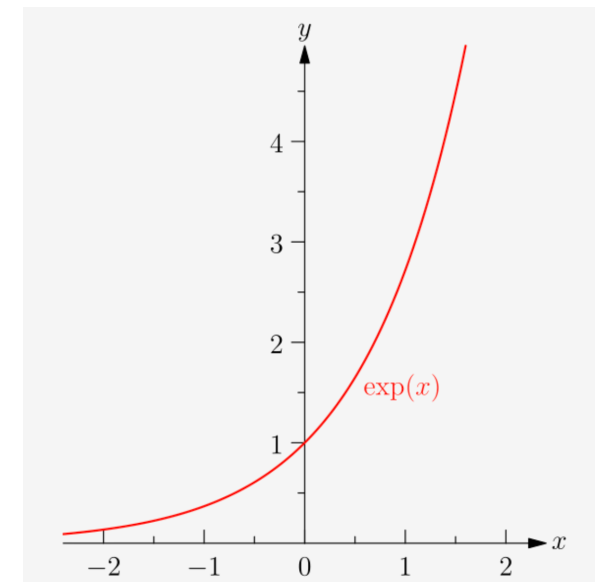
French consumer society, scientific director

# Comment favoriser le passage du transfert du pédiatre/neuropédiatre/pédopsychiatre au psychiatre d'adulte?

- Plusieurs origines de prise en charge
- Moment particulier en terme d'attachement et d'émancipation
- Moment particulier en terme de gestion des émotions
- Moment particulier en terme de relations sociales
- Moment particulier dans l'intensité des comportements externalisés

# Une expérience personnelle: racines et faits

- 1988-89: découverte du TDA-H chez l'enfant: M DUGAS M BOUVARD
- 1989-91: recherche sur les addictions comportementales – comorbidités-impulsivité – recherche de sensation - ICD .....
- 1992: premiers patients adultes traités
- 2000.....: patients diagnostiqués traités la règle
- 2020: submersion





# Le contexte clinique de la psychiatrie des adultes

- Dimension
  - Si l'impulsivité est fréquemment voire constamment évoquée par les praticiens en psychiatrie adulte, la définition est au mieux mal connue au pire disparate, et le concept très mal connu
- Catégorie
  - Les troubles du contrôle des impulsions sont pauvrement définis et non pris en compte comme les caractéristiques impulsives de nombreux autres troubles (i.e. TCA, TP-B, dépression atypique etc)
  - Le TDA-H est hautement fréquent chez l'adulte mais non reconnu, en particulier en France

# Le TDA-H s'intègre dans l'impulsivité au sens strict

- Impulsivity EFA & CFA

- Attentional (cognitive)
- Hyperactivity (motor)
- Lack of planning (executive function)

TRAIT CONTINU

- ADHD clusters

- Attention
- Hyperactivity
- « Impulsivity »

TROUBLE CATEGORIEL

# Entités cliniques impactées par TDA/impulsivité: nécessité d'une relecture des psychiatres adultes

- Dépression atypique (Wally and Post, 1959) (IMAO)
- TOC pour certains
- Personnalité borderline impulsive émotionnellement labile
- Boulimie/anorexie/ binge
- Impulsions/compulsions sexuelles
- Addictions aux substances (Cocaïne +++)
- Addictions comportementales
- Trouble explosif intermittent
- Psychasthénie (de Janet)
- Lipothymie
- Etc.

# Comorbidité chez l'adulte TDAH

ADHD rarement isolé:

- 75% at least one other disorder
- 33% two or more

**En moyenne 3 troubles comorbides**

# Comorbidité de l'ADHD adulte

• Depression (60% SAD)	50-60%
• Bipolar Disorder (88% BP II)	10%
• Anxiety Disorders	20-30%
• SUD	25-45%
• Smoking	40%
• Cluster B Pers. Disorders	6-25%
• Sleeping Problems (DSPS?)	70%
• Muscle, joint, neck- and backpain	??

Biederman 1991,1993, 2002; Weiss 1985; Wilens 1994; Kooij 2001, 2004,  
van Veen 2008; Amons 2006

# Consultation de neuropsychopharmacologie clinique appliquée

- 33 ans d'expérience et 28 pour le TDA adulte
- Troubles réfractaires et difficiles, avis et révision diagnostic
- Impulsivité agressivité violence
- Origine des patients
  - adressé pour confirmation diagnostic par le réseau
  - Adressé pour suspicion diagnostic par le patient (médecin intermédiaire)
  - Adressé pour un trouble de l'impulsivité/agressivité/violence
  - Adressé pour suspicion diagnostic par un confrère
  - Adressé pour un autre trouble (bipolarité, dépression récurrente, addiction, psychose, TSA)
  - Adressé pour Haut Potentiel
  - Adressé de l'étranger pour relais
  - Adressé par pédopsychiatre ou pédiatre pour relais du suivi

# *Quelques histoires d'adolescents*

- **A x n sans dossier**
  - **B abandonné**
  - **N avec des hallucinations**
  - **A, B, C, D..... sous dosé**
  - **B avec des TOCs**
  - **X a épuisé tout le Monde**
  - **M vient du CHU : il a été dit « on ne peut plus rien faire pour vous »**
  - **Z vient du CHU: « je suis peut être passé à coté »**
- etc...

# Récupérer l'enfant devenu adulte

- Un travail de transmission structuré
  - sans doute à faire
  - Mais non fait (NO TROM!)
  - Des pédopsychiatres devenus lointains parfois....
- Une révision des stratégies
  - en particulier les médicaments le plus souvent augmentation ou répartition
  - Le traitement des comorbidités
  - Le suivi somatique (cardiologique....)
- Une aide à la mise à distance de la famille souvent épuisée : « cela ne s'est pas interrompu à la fin de l'adolescence »
- Un travail nécessaire d'aide à l'affirmation de soi et à l'autonomie
- Aider la famille à se reposer ou se distancier



# En conclusion

- Un travail en commun avec les pédiatres/ neuro pédiatres/ pédopsychiatres pour structurer au mieux le passage vers la psychiatrie adulte
- Vers une conférence pour établir des recommandations/une attitude minimal ?



Adulte TDAH France

[ACCUEIL](#)

[A PROPOS](#) ▾

[NOS PROJETS](#) ▾

[NOUS SOUTENIR](#)

[CONTACT](#)

[Q](#)



<http://www.adultetdah.org>  
Nous avons besoin de vous.

ADHÉRER À L'ASSOCIATION

## A propos

Des savants et des sachants

EN SAVOIR PLUS »

## Nos projets

Pour une meilleure prise en charge

EN SAVOIR PLUS »

## Nous soutenir

Ensemble, nous sommes plus forts

EN SAVOIR PLUS »

# Quel traitement?

- **Le traitement pharmacologique s'impose, incontournable**
- Mots de patients
  - « Vous m'avez appris à être comme un monteur au cinéma, le méthylphenidate c'est comme le scotch du monteur »
  - « Le traitement est comme une colle spirituelle »
  - « Le méthylphenidate c'est comme un aspirateur, cela a aspiré les excès de mon monde intérieur »
  - « Je prends le traitement depuis hier et j'ai le sentiment d'être sorti d'une interminable nuit faite de cauchemars d'épuisement et qui avait fini par me rendre insensible au monde qui m'entoure. »
  - « A la prise de méthylphenidate, mon état changea tellement que je n'en suis toujours pas revenu. Je n'en reviens tout simplement pas. Je ne comprends pas que cette substance améliore mon état à ce point. Vous voulez dire que je ne suis ni fainéant, ni stupide, ni fou ?. Je n'en reviens toujours pas. Voilà, c'est exactement ça, j'ai du mal à réaliser que je ne suis donc pas -ni n'ai jamais été- stupide, fainéant ou fou. Ni bien d'autres choses peu flatteuses, ces mots accusateurs que l'on se jette pour comprendre ou pour tenter une prise dans les sables mouvants »

# Traitements médicamenteux

## ✓ Psycho-stimulants:

### ✓ Méthylphénidate:

- ✓ Ritaline® & Ritaline® LP
- ✓ Concerta® LP
- ✓ Quasym® LP
- ✓ Medikinet

### ✓ Amphétamines:

- ✓ Dextédrine®
- ✓ Adderall® XR
- ✓ Elvanse® (Vyvanse®)

## ✓ Atomoxétine (Strattera®)

## ✓ Antidépresseurs:

- ✓ Bupropion
- ✓ Tricycliques

## ✓ $\alpha_2$ -adrénergiques

- ✓ Clonidine  
(Catapressan®)
- ✓ Guanfacine (Intuniv®)

## ✓ Agonistes nicotiniques

# Procédure de mise en place

- Bilan préalable
  - ECG avis cardiologique systématique, puis bilan périodique suivant la condition (HTA etc...)
  - Bilan biologique: BHC ...
  - Suivant la situation avis spécialisé: neurologique, vasculaire, etc
- Choix de la spécialité
  - Fonction de la cinétique
    - Profil matinal vespéral
    - Horaires professionnelles
  - Fonction des comorbidités
    - Anxiété
    - Addictions
    - Type de dépression
    - BD
    - ...
- Remise d'une note d'usage avec tableau de suivi de la titration

Nom du patient : \_\_\_\_\_ poids : \_\_\_\_\_ kg

**METHYLPHENIDATE : Note d'usage**

**Dose cible :** \_\_\_\_\_ mg par jour

Posologie à adapter : environ **1mg/kg**. Prescription de \_\_\_\_\_ mg de façon à faciliter la titration. \_\_\_\_\_ sous une forme

	change	change	
	Matin 8 :00- 9 :00	Midi	Mi journée 11 :00-13 :00
1 <sup>er</sup> jour au _____	_____	_____	_____
_____ jour au _____	_____	_____	_____
_____ jour au _____	_____	_____	_____
_____ jour au _____	_____	_____	_____
_____ jour au _____	_____	_____	_____
_____ jour au _____	_____	_____	_____
_____ jour au _____	_____	_____	_____
_____ jour au _____	_____	_____	_____

**Attention aux effets secondaires :**

Prescription de \_\_\_\_\_ mg/kg comme cible posologique à \_\_\_\_\_ mg/kg.

L'acécution se base sur l'apparition d'effets secondaires à type de nausées, de toux ou de céphalées en cours d'acécution ou début de prise ou d'acécution en fin d'effet du traitement.

En général les effets secondaires sont assez rapides dans leur apparition, parfois spectaculaires et les patients très adhérents au traitement. Evidemment, cela se note plus rapidement chez les patients les plus jeunes, qui présentent moins de troubles associés.

La prescription se fait d'abord sur une prise par jour, le matin une heure environ avant le début de l'activité à caractère professionnelle ou académique.

Par la suite, il est possible de prescrire en deux prises afin de couvrir la fin de journée, l'effet disparaissant quelques heures après la prise de traitement. La deuxième prise peut être effectuée entre 13h et 15h en veillant à ce qu'elle ne recule pas l'heure d'endormissement.

Professeur Franck Baylé - Faculté Paris Descartes - Copyright 2018 1

Nom du patient : \_\_\_\_\_ poids : \_\_\_\_\_ kg

Habituellement le traitement permet une meilleure distribution des phases veille/sommeil et donc une amélioration de ce dernier. Dans la journée il possède un effet d'éveil.

Les troubles **comorbides** (c'est à dire associés plus fréquemment que ne le voudrait le hasard), type anxiété, dépression et trouble panique peuvent être considérés comme liés fortement au TDAH : après un certain nombre de mois, l'amélioration est souvent suffisante pour que l'on puisse supprimer progressivement les médicaments permettant le traitement de ces comorbides, comme les antidépresseurs, les anxiolytiques etc.

**Effets secondaires :** (toux, céphalées, nausées, anxiété)

Lorsque ces symptômes sont gênants, il faut repasser à la posologie immédiatement inférieure, attendre leurs cessations et reprendre une acécution prudente.

L'acécution peut se manifester un peu après la prise du traitement en raison d'une dyscrite tachycardie toujours possible, et en fin d'effet du traitement en raison d'un effet de type « sevrage ».

**Evaluation de l'efficacité :**

L'efficacité se base sur la modification des comportements handicapants qu'ils soient en relation avec les difficultés attentionnelles, avec l'activité motrice exagérée (hyperactivité) ou avec l'irritabilité (c'est à dire explosivité). La capacité à mieux anticiper le futur et de programmer les événements à venir apparaît après plusieurs semaines voire plusieurs mois de traitement. Les capacités d'organisation peuvent être rapidement améliorées comme la capacité à prendre les décisions pertinentes dans les formes où la procrastination domine.

Une façon d'évaluer les capacités attentionnelles est soit d'interroger le patient sur les activités qui lui sont habituellement difficiles à réaliser comme des tâches administratives ou toute autre tâche que l'on peut repérer chez un patient en particulier. Elle peut également se base de façon plus systématique sur une activité difficile à réaliser pour le patient quotidiennement à un moment où sa capacité attentionnelle est censée être la plus élevée, c'est-à-dire vers 10h du matin.

**Spécificités :**

Toutes comprennent comme principe actif du méthylphénidate :

- Ritaline IR (immediate release) : comprimé dosé à 10, 20, 30 et 40 mg
- Ritaline ER (extended release) : gélule dosée à 10, 20, 30 et 40 mg
- Concerta : gélule dosée à 18, 24 et 36 mg
- Quymy : gélule dosée à 10, 20 et 30 mg
- Medikinet : gélule dosée à 5, 10, 20, 30, 40 mg

Les différences portent sur la pharmacocinétique, fonction de la vitesse d'absorption dans le tube digestif et la disponibilité de différentes posologies.

Professeur Franck Baylé - Faculté Paris Descartes - Copyright 2018 2



### **METHYLPHENIDATE : Note d'usage**

**Dose cible :** mg par jour

Posologie à atteindre : environ **1mg/kg**. Prescription de \_\_\_\_\_ sous une forme  
à \_\_\_\_\_ mg de façon à faciliter la titration.

[illegible]

**Ascension posologique :**

Prescription de \_\_\_\_\_ avec \_\_\_\_\_ comme cible posologique à \_\_\_\_\_ mg/j.  
L'ascension se base sur l'apparition d'effets secondaires à type de nausées, de toux ou de céphalées ou encore d'anxiété en début de prise ou d'anxiété en fin d'effet du traitement.

En général les effets favorables sont assez rapides dans leur apparition, parfois spectaculaires et les patients très adhérents au traitement. Evidemment, cela se note plus rapidement chez les patients les plus jeunes, qui présentent moins de troubles associés.

La prescription se fait d'abord sur une prise par jour, le matin une heure environ avant le début de l'activité à caractère professionnelle ou académique.

Par la suite, il est possible de prescrire en deux prises afin de couvrir la fin de journée, l'effet disparaissant quelques heures après la prise de traitement. La deuxième prise peut être effectuée entre 11h et 15h en veillant à ce qu'elle ne recule pas l'heure d'endormissement.

Habituellement le traitement permet une meilleure distribution des phases veille/sommeil et donc une amélioration de ce dernier. Dans la journée il possède un effet d'éveil.

Les troubles comorbidités (c'est à dire associé plus fréquemment que ne le voudrait le hasard), type anxiété, dépression et trouble panique peuvent être considérés comme lié fortement au TDA-H : après un certain nombre de mois, l'amélioration est souvent suffisante pour que l'on puisse supprimer progressivement les médicaments permettant le traitement de ces comorbidités, comme les antidépresseurs, les anxiolytiques etc.

**Effets secondaires : (toux, céphalées, nausées, anxiété)**

Lorsque ces symptômes sont gênants, il faut repasser à la posologie immédiatement inférieure, attendre leurs cessations et reprendre une ascension prudente. L'anxiété peut se manifester un peu après la prise du traitement en raison d'une discrète tachycardie toujours possible, et en fin d'effet du traitement en raison d'un effet de type « sevrage ».

**Evaluation de l'efficacité :**

L'efficacité se base sur la modification des comportements handicapants qu'ils soient en relation avec les difficultés attentionnelles, avec l'activité motrice exagérée (hyperactivité) ou avec l'irritabilité (+/-) explosivité. La capacité à mieux anticiper le futur et de programmer les événements à venir apparaît après plusieurs semaines voire plusieurs mois de traitement. Les capacités d'organisation peuvent être rapidement améliorées comme la capacité à prendre les décisions pertinentes dans les formes où la procrastination domine. Une façon d'évaluer les capacités attentionnelles est soit d'interroger le patient sur les activités qui lui sont habituellement difficiles à réaliser comme des tâches administratives ou toute autre tâche que l'on peut repérer chez un patient en particulier. Elle peut également se baser de façon plus systématique sur une activité difficile à réaliser pour le patient quotidiennement à un moment où sa capacité attentionnelle est censée être la plus élevée, c'est-à-dire vers 10h du matin.

**Spécialités :**

Toutes comprennent comme principe actif du méthylphénidate :

- Ritaline IR (immediate release) : comprimé dosé à 10 mg
- Ritaline ER (extended release) : gélule dosée à 10, 20, 30 et 40 mg
- Concerta : gélule dosée à 18, 36 et 54 mg
- Quasym : gélule dosée à 10, 20 et 30 mg
- Medikinet : gélule dosée à 5, 10, 20, 30, 40 mg

Les différences portent sur la pharmacocinétique, fonction de la vitesse d'absorption dans le tube digestif et la disponibilité de différentes posologies.

# Procédure de suivi

- Dans un réseau structuré
- Rythme fonction de la sévérité et des comorbidités (BPD, addictions cocaïnes, héroïne avec produits de substitution...)
- Révision des doses, de la spécialité choisie
- Observance de bonne qualité en apparence paradoxale
- Association d'un suivi thérapeutique
  - Coaching
  - Groupe
  - MBCT, TCC, Neuro remédiation, sociothérapie
- Information et liaison
  - au médecin traitant
  - À la structure si handicap associé sévère
- Rôle des associations d'entraide

# Difficultés en France

- Hors remboursement AMM
  - Poids socio financier
  - **double Discrimination : patient/médicament**
- Stigmatisation
- Absence d'information
  - Psychiatres
  - Spécialistes
  - Généralistes
  - Pharmaciens (doses importantes)



# L'avenir, le rôle de tous

- Obtention du remboursement
- Diffusion de l'information
- Définition de centres pour le diagnostic et la thérapeutique
- Formation des spécialistes et des généralistes

- Une demi heure de méditation est essentielle sauf quand on est très occupé, alors..... une heure est nécessaire

« Saint-François de Salle 1567-1622 »

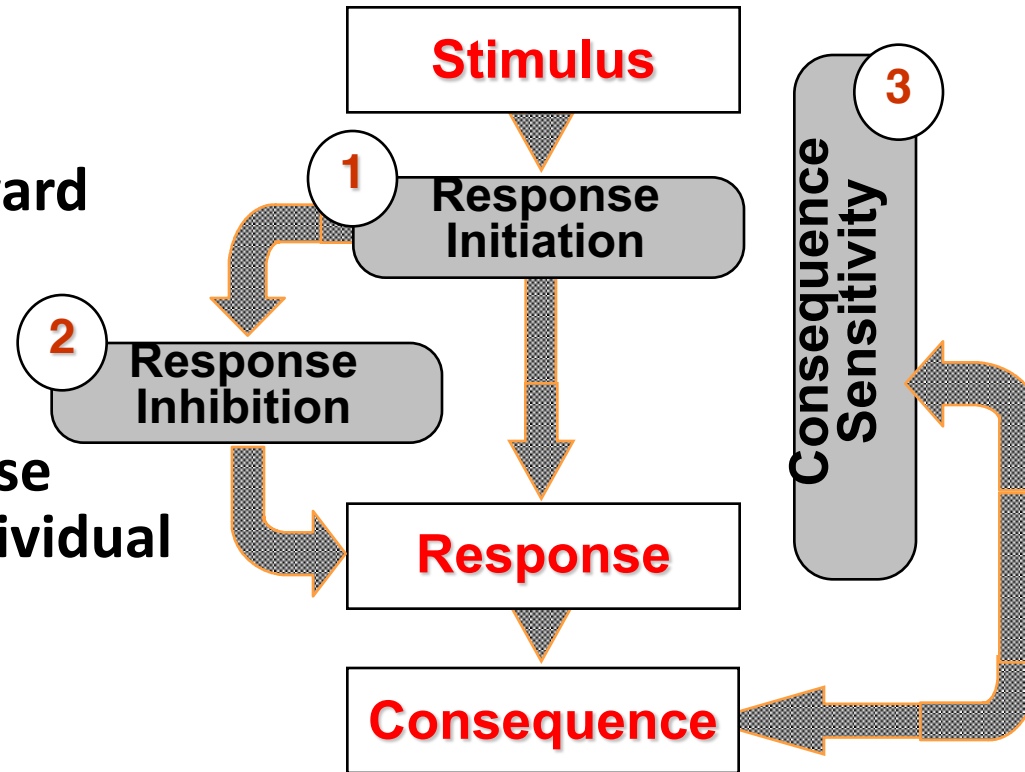
# Model of Impulsivity

" Impulsivity is  
a ***predisposition*** toward  
rapid, unplanned reactions to  
internal or external stimuli  
without regard to the  
negative consequences of these  
reactions to the impulsive individual  
or to others "

*ISRI Consensus Definition 2005*



International Society for Research on Impulsivity



*Dougherty, Marsh, Mathias, and Swann 2005*

[www.impulsivity.org](http://www.impulsivity.org)

# Operationalization of Impulsivity

**"Impulsivity is  
a predisposition  
toward rapid, unplanned  
reactions to internal or external  
stimuli**

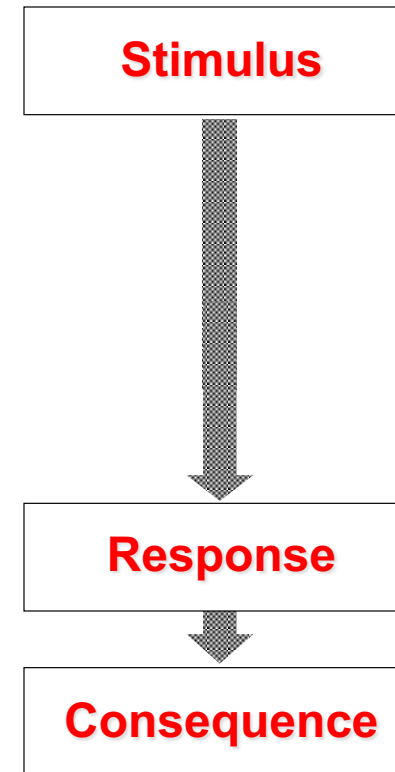
without regard to the  
negative consequences of these  
reactions to the impulsive  
individual or to others"

*ISRI Consensus Definition 2005*



International Society for Research on Impulsivity

[www.impulsivity.org](http://www.impulsivity.org)  
24

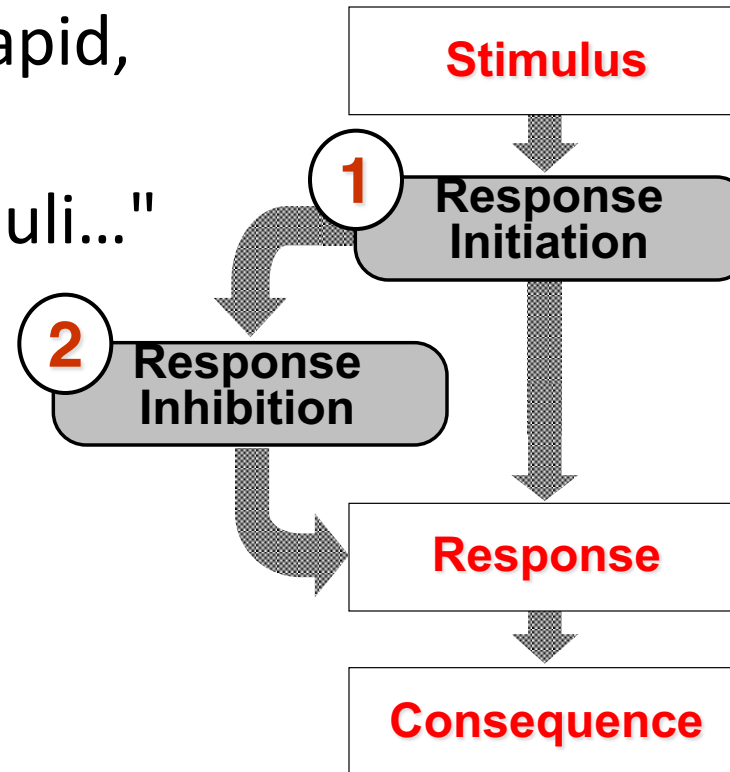


# Operationalization of Impulsivity

"Impulsivity is a predisposition toward rapid, unplanned reactions to internal or external stimuli..."

Corresponds to processes of:

1. Response Initiation
2. Response Inhibition



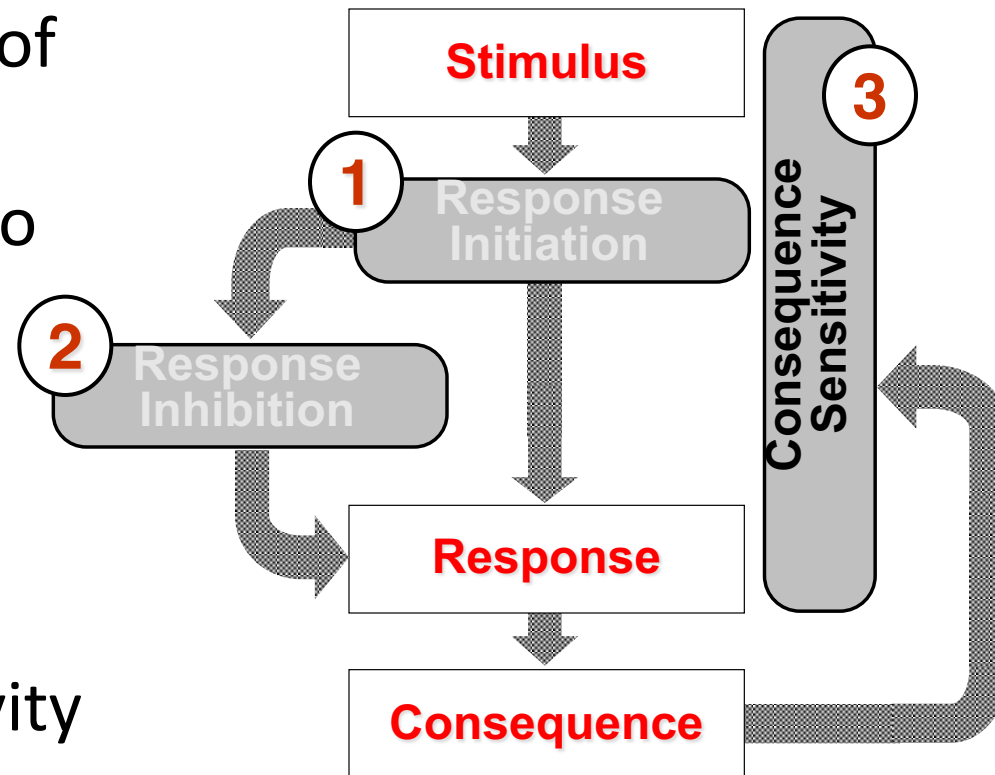
*Dougherty, Marsh, Mathias, and Swann 2005*

# Operationalization of Impulsivity

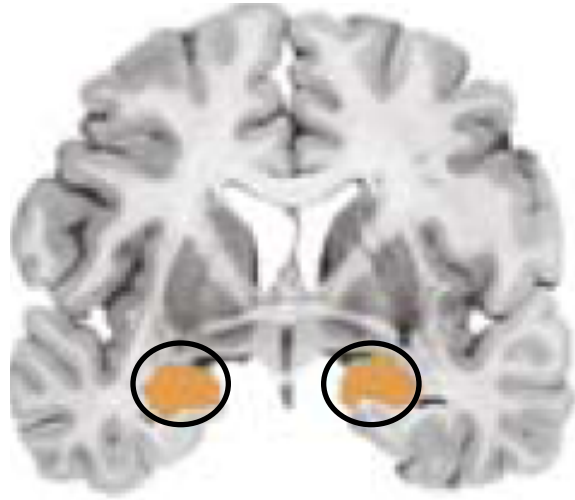
without regard to the negative consequences of these reactions to the impulsive individual or to others

Corresponds to processes of:

3. Consequence Sensitivity



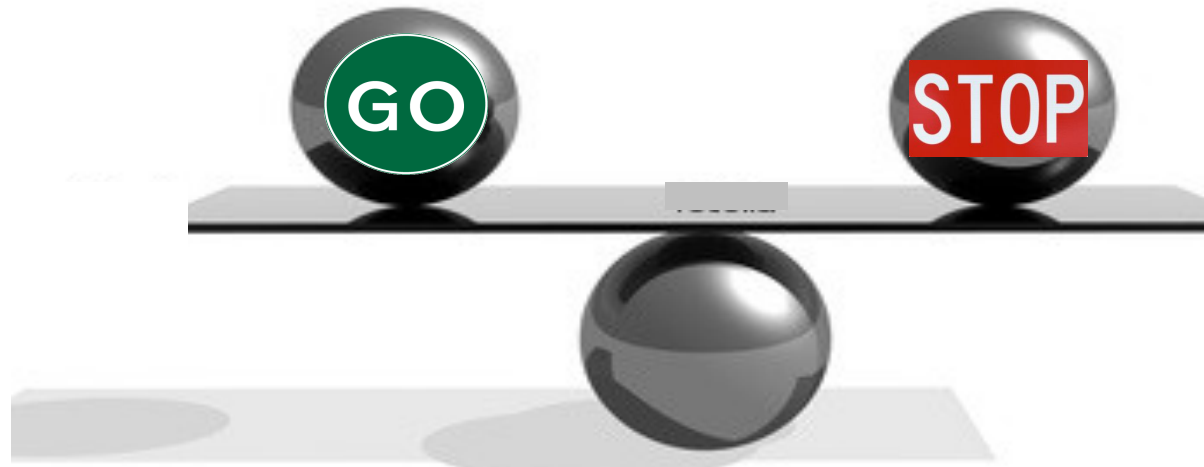
*Dougherty, Marsh, Mathias, and Swann 2005*



**Bottom-up “drive”:**  
signal, trigger  
(amygdala, insula)



**Top-down “brakes”:**  
suppression/regulation  
(orbital frontal cortex,  
anterior cingulate gyrus)



# L'exemple de la dépression

- Quel impact et de quelle façon l'impulsivité interagit avec la dépression
- Comment approcher l'épidémiologie
- Quel conséquence en pratique quotidienne et quel traitement



# Niveau d'intérêt dans la littérature/ anxiété

NCBI Resources How To

PubMed.gov  
US National Library of Medicine  
National Institutes of Health

PubMed  [Create RSS](#) [Create alert](#) [Advanced](#)

Article types  
Clinical Trial  
Review  
Customize ...

Text availability  
Abstract  
Free full text  
Full text

Publication dates  
5 years  
10 years  
Custom range...

Species  
Humans  
Other Animals

Format: Summary Sort by: Most Recent Per page: 20

**Best matches for depression impulsivity**

[Impulsivity and its relationship with anxiety. de Moustafa AA et al. Compr Psychiatry. \(2017\)](#)  
[Reward-related neural dysfunction across depression. Ait Oumeziane B et al. Psychophysiology. \(2016\)](#)  
[Extreme sensory processing patterns show a correlation with depression, impulsivity, alexithymia, and hopelessness. Serafini G et al. J Affect Disord. \(2017\)](#)

[Switch to our new best match sort order](#)

**Search results**  
Items: 1 to 20 of 3323

[Clear all](#)

X 26

NCBI Resources How To

PubMed.gov  
US National Library of Medicine  
National Institutes of Health

PubMed  [Create RSS](#) [Create alert](#)

Article types  
Clinical Trial  
Review  
Customize ...

Text availability  
Abstract  
Free full text  
Full text

Publication dates  
5 years  
10 years  
Custom range...

Species  
Humans  
Other Animals

Format: Summary Sort by: Most Recent Per page: 20

**Best matches for depression anxiety**

[Ecological momentary intervention for depression. Schueller SM et al. Depress Anxiety. \(2017\)](#)  
[Defining biotypes for depression: a review of the evidence and future directions. Williams LM et al. Depress Anxiety. \(2017\)](#)  
[Individualized yoga for depression: a randomized controlled trial. de Manincor M et al. Depress Anxiety. \(2017\)](#)

[Switch to our new best match sort order](#)

**Search results**  
Items: 1 to 20 of 87782

[Clear all](#)

NCBI Resources How To

PubMed.gov  
US National Library of Medicine  
National Institutes of Health

PubMed  [Create RSS](#) [Create alert](#) [Advanced](#)

Article types  
Clinical Trial  
Review  
Customize ...

Text availability  
Abstract  
Free full text  
Full text

Publication dates  
5 years  
10 years  
Custom range...

Species  
Humans  
Other Animals

Format: Summary Sort by: Most Recent Per page: 20

**Best matches for Mood disorder impulsivity**

[Mood disorders. Jorge RE et al. Handb Clin Neurol. \(2014\)](#)  
[Mood Stabilizers in Children and Adolescents. Canitano R et al. Clin Neuropharmacol. \(2014\)](#)  
[Relationships between anhedonia, alexithymia, C-reactive protein and serum lipid levels. Loas G et al. Psychiatry Res. \(2016\)](#)

[Switch to our new best match sort order](#)

**Search results**  
Items: 1 to 20 of 1809

[Clear all](#)

X 18

NCBI Resources How To

PubMed.gov  
US National Library of Medicine  
National Institutes of Health

PubMed  [Create RSS](#) [Create alert](#)

Article types  
Clinical Trial  
Review  
Customize ...

Text availability  
Abstract  
Free full text  
Full text

Publication dates  
5 years  
10 years  
Custom range...

Species  
Humans  
Other Animals

Format: Summary Sort by: Most Recent Per page: 20

**Best matches for Mood disorder anxiety**

[Mood and anxiety disorders in very young children. Jaekel J et al. J Child Psychol Psych. \(2015\)](#)  
[Vitamin D in anxiety and affective disorders. Bičíková M et al. Physiol Res. \(2015\)](#)  
[Modeling Avoidance in Mood and Anxiety Disorders. Mkrtchian A et al. Biol Psychiatry. \(2015\)](#)

[Switch to our new best match sort order](#)

**Search results**  
Items: 1 to 20 of 32360

[Clear all](#)

# Les travaux dépression-impulsivité

- Sont sous tendus pas des concepts disparates
- Font des présupposés contestables
- Utilises des définitions et des outils peut superposables
- Ont des buts multiples
- Ont des approches variables: psychobiologiques; psychophysiologiques; génétiques; neuropsychologique; psychométriques; psychopathologiques
- Il est impossible d'y trouver un corpus cohérent
- Il est par nature pas possible d'y trouver une épidémiologie

# Pour approcher une épidémiologie

- Considérer les troubles du contrôle des impulsions & apparentés
- Considérer le TDA-H

# Impact de la dépression sur l'impulsivité

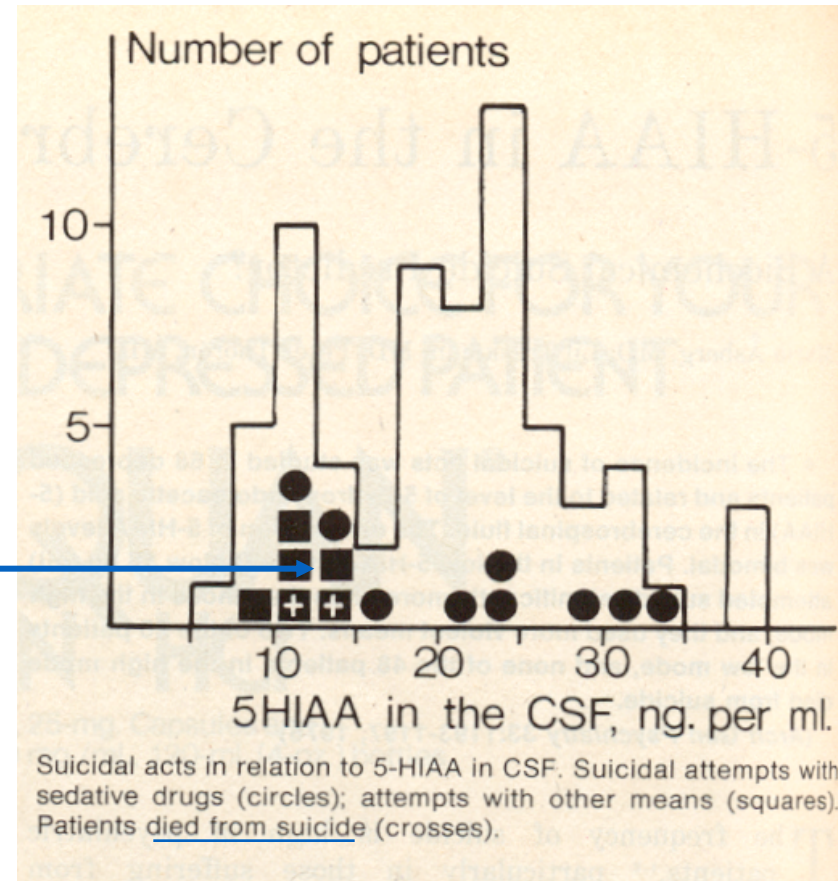
- L'impulsivité est un « trait de tempérament » par essence stable
- Certaines études suggèrent un impact (Corruble et al, 2003; Yu et al, 2019; Moustfa et al, 2017; Peluso et al, 2007) y compris dans la bipolarité, mais différemment/dépression (Swann et al, 2008):
  - -> des scores plus élevés pourraient être un facteur favorisant de dépression (Saddichha et al, 2014) et du PTSD (Bjork et al, 2014)
  - -> et un facteur limitant la résilience (Choi et al, 2015)
- Ce qui expliquerait les TPB plus impulsifs que les TB, sont plus instables que ces derniers (plus de difficultés à les stabiliser)(Leblanc et al, 2017)
- Cependant l'impulsivité élevée semble être un potentiel endophénotype aux EDC, TB et SCZ (Fortgang et al, 2016)

# Quels mécanismes dans le sous bassement

- Une hyper réactivité aux émotions (Carver et al, 2013)
- une dysrégulation du système de récompense et de la capacité à anticiper chez les plus sévèrement déprimés (étude en ERP) (Aitoumeziane & Foti, 2016, Novak et al, 2016)
- Le 5HT impliqué depuis longtemps au travers du suicide violent (Asberg et al, 1976) puis de l'impulsivité sous tendant celui-ci (McGirr & Turecki, 2007; Carver et al, 2008)

5HT de Åsberg...

Violent suicide attempts



**5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor?**

**Marie Åsberg et al. Arch. Gen Psychiatry, 1976, 33, 1193-1197**  
**Science, 1976, 191, 478-480**

# Une tentative d'épidémiologie

- À partir du TDA-H
- À partir des troubles du contrôles des impulsions et apparentées

# Troubles du contrôles des impulsions et dépression

- Prévalence de la dépression supérieure en moyenne à 30% PP à 70% LT
- Trichotillomanie, jeu pathologique, achats compulsifs, kleptomanie, boulimie, utilisation compulsive/impulsive d'internet, et des jeux vidéo, trouble explosif intermittent
- Concept de spectre affectif (Susan McElroy)

Bayle et al, 2003; Porteret et al, 2015; Eskeland et al, 2018; Dowling et al, 2015; Carli et al, 2013; Lorains et al, 2011  
Lejoyeux et al, 2010; Wacker, 2000; Gonzalez-Bueso, 2018; Patel et al, 2018