



**IReSP**

Institut pour la Recherche  
en Santé Publique

## **Rapport final de recherche**

**Reinforcing PhD projects in the International  
Collaboration on ADHD and Substance Abuse  
(ICASA)**

**RING-PHD-CASA**

Romain ICICK

16/04/2025

Soutenu par : Institut pour la recherche en santé publique

# TABLE DES MATIERES

NOTE D'INSTRUCTIONS AUX AUTEURS .....	3
I. PARTIE SCIENTIFIQUE .....	7
Résumé .....	8
Abstract.....	9
Synthèse longue.....	10
Rapport scientifique complet .....	24
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE .....	25



## NOTE D'INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Le rapport final vise à **présenter les résultats de recherche** soutenue au titre d'un appel à projets de l'IReSP. Complété par **l'annexe budgétaire finale**, ce dossier permet de rendre compte de l'ensemble du travail mené par les personnes impliquées dans ce projet.

Il est demandé au **coordonnateur scientifique du projet**, en incluant les éléments des éventuelles équipes partenaires, d'établir un rapport sur le modèle décrit ci-après et de le communiquer à l'IReSP à la **date indiquée par la convention**.

- ▲ Pour les **réseaux et communautés mixtes de recherche**, un modèle de rapport final est en cours de construction. Dans l'attente de sa mise en ligne, vous êtes invités à utiliser ce modèle, en l'adaptant selon les spécificités de ces modalités.

### 1. Le contenu du rapport

Le dossier de rapport final de recherche comprend **deux parties** : une partie scientifique et une partie sur la valorisation.

#### 1.1. Une partie scientifique

Cette partie permettra d'apprécier le travail scientifique réalisé par les équipes durant toute la durée de la recherche et de prendre connaissance de ses résultats. Elle pourra faire l'objet d'une relecture par un expert extérieur (qui devra signer un engagement de confidentialité).

Elle se décline en **trois sous-sections distinctes qui visent des objectifs et des lecteurs différents et qui ont vocation à être consultées indépendamment les unes des autres** : un résumé en français et en anglais, une synthèse longue en français et le rapport scientifique complet (**uniquement pour les projets financés dans le cadre du programme Autonomie soutenu par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA**, et rédigé en français).

##### ▪ Un résumé en français et en anglais

Dans ce résumé, vous communiquerez **les principaux éléments de la recherche**. Il doit être formulé de manière **simple et claire**, de sorte à **être compréhensible par un public initié mais non spécialiste du sujet**.

Le résumé sera **publié en l'état sur le site de l'IReSP** et sur tout autre support de diffusion de l'IReSP et du ou des financeur(s) afin de donner de la visibilité au projet et ses résultats.

Il doit présenter :

- le **contexte** et les **objectifs** du projet ;
- la **méthodologie** utilisée (très brièvement) ;
- les principaux **résultats** obtenus ;
- les apports ou **impacts potentiels** de ces résultats.

Deux versions doivent être rédigées, l'une en **français** et l'autre **anglais**.

Le format de chaque résumé est de **1 page en format A4**.

▪ **Une synthèse longue en français**

Cette synthèse permet de rendre compte des résultats de projet au(x) financeur(s) et autres membres du GIS-IRESP. Un effort particulier est attendu concernant la rédaction de ce document car c'est celui qui sera mobilisé de manière privilégiée au sein des institutions publiques afin d'éclairer leurs décisions. Il doit **présenter la méthodologie employée et les résultats obtenus afin de mettre en évidence leurs apports pour la communauté de la recherche et/ou pour la décision publique.**

La synthèse pourra être publiée **sur le site de l'IRESP et/ou sur les sites internet des financeurs** et sur tout autre support de diffusion de l'IRESP et du.es financeur.s.

Cette synthèse longue doit comporter entre **10 et 15 pages.**

Elle présente :

- **les messages clés du projet** dans un encart (ses résultats principaux, l'originalité du projet, ou encore ses apports pour la santé publique et/ou les politiques de l'autonomie) ;
- le **contexte** et les **objectifs** du projet ;
- la **méthodologie** utilisée (deux pages maximum) ;
- les principaux **résultats** obtenus ;
- les **apports** potentiels de ces résultats pour la communauté de recherche ;
- la manière dont ces résultats peuvent éventuellement **alimenter les réflexions et actions** de **décideurs, acteurs nationaux ou locaux**, ainsi que des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social, social ou autres acteur, le cas échéant ;
- Dans le cadre d'une **recherche interventionnelle** : les **conditions de transférabilité** ou de mise à l'échelle et les points de vigilance (▲ si applicable) ;
- les **perspectives de recherches** ;
- les **15 principales références bibliographiques citées** en mettant en évidence, en caractères gras, les publications issues du projet (les autres publications issues du projet feront l'objet d'un recensement exhaustif dans la partie « Valorisation des résultats de la recherche »).

Si besoin, il est possible de réorganiser ce plan.

- ▲ Pour les **projets d'amorçage, projets pilote, contrats de définition et pour la mise en place de projets européens**, préciser : 1. les **conditions de faisabilité** du projet de recherche que vous envisagez de mener à partir de ce premier travail et 2. les principaux points sur lesquels il convient d'être **vigilant** concernant l'étude à venir, la **méthodologie**, les **partenariats**, les **coûts** ou encore le **calendrier**.

▪ **Rapport scientifique complet en français**

▲ La rédaction du rapport scientifique complet n'est **requise que pour les projets financés par la CNSA** (hors **projets d'amorçage, contrat de définition, communautés**



**mixtes des recherches** et les soutiens accordés pour la **mise en place de projets européens**).

Le rapport scientifique complet doit permettre de présenter de manière approfondie la **démarche scientifique** du projet et ses **résultats**. Il pourra lui aussi faire l'objet d'une relecture par un expert extérieur (qui devra là-encore signer un engagement de confidentialité).

Ce document sera mis en ligne sur le site institutionnel de la CNSA. Il pourra aussi être consulté par tout membre du GIS-IReSP.

Ces rapports permettent à la CNSA de **prendre connaissance** du projet et de ses **résultats de manière approfondie**, ce qui est indispensable pour qu'elle **appuie et oriente ses actions** sur ces connaissances. Ces rapports sont, par ailleurs, régulièrement mobilisés par la CNSA, en réponse à des sollicitations provenant d'autres institutions (ex : Inspection Générale des Affaires Sociales, Cour des comptes, ...).

Le rapport scientifique complet doit présenter :

- le **contexte** et les **objectifs** de la recherche (si pertinent, les modifications des objectifs par rapport au projet initial) ;
- les **méthodologies** utilisées ;
- les **résultats** détaillés ;
- la **bibliographie** ;
- les **annexes**.

La **longueur** du rapport scientifique complet est à adapter selon l'envergure et la complexité du projet et doit satisfaire aux exigences attendues pour un rapport scientifique final de recherche. **Des publications scientifiques issues du projet peuvent constituer des parties du rapport si elles s'y prêtent. Elles doivent être intégrées en totalité dans le rapport. Si elles sont en anglais, au moins le résumé traduit en français doit être intégré dans le rapport et l'article mis en annexe.**

Les **supports visuels** (graphiques, tableaux etc.) permettant une meilleure compréhension du sujet sont appréciés.

Les **livrables** (brochures de présentation, capsules vidéo, thèses ou mémoires, articles soumis à des revues, articles publiés ou en cours de soumission, diaporamas en support d'une présentation orale, posters, etc...) réalisés au cours du projet doivent être transmis à l'IReSP à titre d'annexe(s).

Toute information confidentielle présentée dans ce rapport scientifique final et qui ne peut pas faire l'objet d'une divulgation aux destinataires mentionnés ou qui est sous embargo, doit être portée à la connaissance de l'IReSP.

Une date de fin d'embargo doit être communiquée pour une mise en ligne du rapport scientifique final sur le site de la CNSA.

## **1.2. Une partie sur la valorisation du travail et des résultats de la recherche**

Cette section est destinée à répertorier l'ensemble des productions issues du projet, destinées à un public relevant du milieu académique ou non.

Elle sera transmise au(x) financeur(s) et pourra être consultée par tout membre du GIS-IReSP. Les liens renseignés pourront être relayés sur le site internet de l'IReSP.

## 2. La forme, le format et l'accessibilité du rapport

Sur la **forme**, il est demandé :

- que le document soit rédigé en police **Calibri 12** et **interligne simple** ;
- que les graphiques, tableaux, photographies etc. soient **légendés** ;
- **que les sauts de pages** intégrés dans ce document entre chaque section soit conservés afin de permettre une lecture facilitée du document et la consultation des différentes sections indépendamment les unes des autres ;
- de **conserver les mises en forme** proposées dans un souci d'harmonisation des visuels.

Le rapport final de recherche devra être transmis en **format Word** à cette adresse [suiviprojets.iresp@inserm.fr](mailto:suiviprojets.iresp@inserm.fr)

### Sur l'**accessibilité du contenu du rapport final de recherche aux personnes en situation de handicap**.

La mise en forme du rapport final accessible pour le public en situation de handicap est requise. Afin de rendre les contenus compréhensibles et utilisables par toutes personnes en situation de handicap, les rédacteurs sont invités à **consulter les recommandations nationales sur l'accessibilité numérique**. Les rédacteurs peuvent consulter, entre autres documentations, le « [Kit d'accessibilité PDF, livret pédagogique](#) »<sup>1</sup> développé par le programme de recherche Fractures. Ci-dessous sont listés quelques conseils.

- Le texte ne devra pas être « justifié » (mais aligné à gauche)
- Conserver les accents sur les majuscules (ex : À, É, etc.)
- Expliciter les abréviations et acronymes
- Déclarer tout changement de langue
- Insérer une description des images, graphiques utilisés dans le rapport
- Détailler les données des graphiques
- Utiliser des couleurs de texte contrastées
- Utiliser les niveaux de titres automatiques et générer, si besoin, une table des matières automatique

---

<sup>1</sup> [https://www.fracturesnumeriques.fr/kit-accessibilite-pdf/livrets/livret\\_googledocs.pdf](https://www.fracturesnumeriques.fr/kit-accessibilite-pdf/livrets/livret_googledocs.pdf)

## I. PARTIE SCIENTIFIQUE

---



## Résumé

# Reinforcing PhD projects in the International Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA)

Romain ICICK

### CONTEXTE

Le TDAH débute avant 12 ans et touche 2,5% des adultes. Le TDAH infantile multiplie par 3 à 5 le risque de développer un trouble de l'usage de substances (TUS). Parmi les adultes en traitement pour TUS, 23 % souffrent de TDAH selon une méta-analyse. Traiter le TDAH tôt améliore le fonctionnement global et réduit l'incidence des TUS, alors que les adultes comorbides présentent des formes plus sévères et une prise en charge complexe. Il existe des lacunes importantes en procédures diagnostiques et en efficacité des traitements.

### OBJECTIFS

Obtenir un financement pour faciliter le fonctionnement du réseau afin de renforcer grandement les résultats d'ICASA, notamment en ce qui concerne les projets de doctorat. Renforcer le rayonnement de l'équipe INSERM U1144 sur le thème du TDAH de l'adulte.

### MÉTHODOLOGIE

Discussions formelles et informelles lors des réunions biannuelles en présentiel, enrichies par des suivis par mail, tirant parti de la complémentarité professionnelle, géographique et culturelle des membres d'ICASA au sein des groupes de travail (GT).

### PRINCIPAUX RÉSULTATS

Le projet, prolongé deux fois à cause de la pandémie, s'est achevé le 31/10/2023 sans recrutement d'un coordinateur réseau, les fonds ayant été réaffectés au fonctionnement. Une déclaration de consensus international pour les adolescents (#1) a validé 36 énoncés et a été traduit pour la francophonie (#2) et adapté à l'adulte (#3), renforçant les recommandations de dépistage systématique et de prise en charge intégrée. Une journée diagnostique intensive a été lancée avec excellente acceptabilité (#4). Des revues narratives en français (#5&6) ont rappelé le repérage nécessaire par des outils validés. Une étude multicentrique (#7) chez 402 patients a montré une dépendance tabagique plus sévère chez les TDAH, médiée par un trouble de personnalité antisociale. Une étude sur 1 294 patients (#8) a confirmé que le TDAH comorbide s'accompagne d'une addiction plus sévère, d'une psychopathologie complexe et de risques sociaux accrus. Le trouble des conduites (#9) aggrave encore ce tableau. Nous avons traduit et adapté un manuel de TCC intégrée (#10) avec des modules pratiques (psychoéducation, régulation émotionnelle, impulsivité, etc.). Enfin, une cohorte prospective de 578 patients (12 sites), suivi sur 9 mois : INCAS (#11) a montré que 63 % avaient reçu un traitement pour le TDAH (#12). Une plus grande religiosité (#13) était liée à une moindre sévérité du TDAH. Les médicaments psychostimulants du TDAH étaient associés à une meilleure rétention, à une réduction des symptômes du TDAH et à une baisse de la consommation d'alcool (#14). La vulnérabilité génétique partagée TDAH et addiction à l'alcool est élevée (#15).

### APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

- Amélioration des procédures diagnostiques
- validation d'échelles et d'outils diagnostiques
- essais thérapeutiques
- connaissances de physiopathologie: dimensions psychologiques, génétique
- structuration d'autres réseaux

## Abstract

# Reinforcing PhD projects in the International Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA)

Romain ICICK

### CONTEXT

ADHD begins before age 12 and affects 2.5 % of adults. Childhood ADHD increases the risk of developing a substance use disorder (SUD) by three to five times. A meta-analysis found that 23 % of adults receiving SUD treatment meet the criteria for ADHD. Early ADHD treatment improves overall functioning and reduces the incidence of SUD, whereas adults with both conditions often face more severe symptoms and require complex care. Despite this, diagnostic procedures and treatment effectiveness remain insufficiently developed.

### OBJECTIVES

This project aimed to secure funding to support and improve the ICASA network's operations, particularly in advancing doctoral-level research, while also boosting the visibility and scientific influence of the INSERM U1144 team on adult ADHD.

### METHODS

The approach combined formal and informal discussions during biannual in-person meetings, supplemented by email exchanges. It relied on the professional, geographical, and cultural complementarity of ICASA members, structured into thematic working groups to maximize collaborative outcomes.

### MAIN RESULTS

Due to the pandemic, the project was extended twice and concluded on October 31, 2023, without hiring a network coordinator, as funds were reallocated to operations. A consensus statement on ADHD–SUD comorbidity in adolescents was developed, translated for Francophone use, and adapted for adults, reinforcing the need for systematic screening and integrated care. An intensive one-day diagnostic program was launched with excellent patient acceptability. Two French narrative reviews emphasized the need for validated tools for ADHD detection in SUD settings. A multicenter study of 402 patients found more severe nicotine dependence in ADHD cases, mediated by antisocial personality disorder. Another study of 1,294 patients confirmed that comorbid ADHD was linked to more severe addiction, complex psychopathology, and heightened social risk, further worsened by conduct disorder. An integrated CBT manual was translated and adapted to include modules on psychoeducation, emotion regulation, and impulsivity. The INCAS cohort followed 578 patients across 12 sites for nine months, showing that 63 % received ADHD treatment. Religiosity correlated with reduced ADHD severity, and self-control predicted better outcomes. Psychostimulant treatment was associated with better retention, symptom reduction, and decreased alcohol use. A strong genetic vulnerability shared between ADHD and alcohol dependence was also confirmed.

### OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS

- Improved ADHD–SUD diagnostic protocols and validation of assessment scales.
- Initiation of targeted therapeutic trials combining pharmacological and psychosocial approaches.
- Enhanced understanding of ADHD–SUD pathophysiology, including psychological dimensions and genetics.
- Foundation for structuring additional national and international research networks.



## Synthèse longue

<b>Reinforcing PhD projects in the International Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA)</b>
Romain ICICK INSERM U1144, Université Paris-Cité, PARIS.
Lutte contre les addictions aux substances psychoactives 2019
ICASA foundation Pr Arnt Schellenkens (auparavant Dr Geurt Van Den Glind) NISPA Spinozagebouw, A.07.12 Montessorilaan 3 6525 HR Nijmegen, The Netherlands
« Modalité du projet » Mise en place d'un projet européen « Modalité du projet »

### Messages clés du projet

- TDAH et addictions sont parmi les comorbidités les plus fréquentes, les plus invalidantes et les plus complexes à identifier en santé mentale.
- Des efforts académiques sont nécessaires pour augmenter nos connaissances sur cette pathologie duelle dans le but d'améliorer les soins. Un réseau international (« ICASA ») œuvre déjà en ce sens depuis environ 10 ans.
- ICASA s'efforce d'utiliser son propre réseau ainsi que celui de ses membres pour améliorer l'accès des chercheurs, cliniciens et patients à la recherche.
- ICASA s'efforce de favoriser l'échange de connaissances sur le thème « TDAH et usage de substances » au sein de son réseau et dans ses contacts avec d'autres collègues.
- ICASA publiera ses résultats de recherche dans des revues à comité de lecture et les présentera lors de conférences (inter)nationales.

#### A. Contexte

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble du neurodéveloppement dont l'apparition se situe typiquement avant l'âge de 12 ans. Il touche 7% des enfants d'âge scolaire en population générale. Il persiste à l'âge adulte dans 25 à 40% des cas, les diagnostics de TDAH chez l'adulte étant donc souvent des « diagnostics tardifs ». Chez l'adulte, ce trouble reste fréquent, affectant 2,5 % de la population générale de plus de 18 ans. Le TDAH peut avoir des conséquences dévastatrices pour les patients comme pour leurs familles et leurs aidants, constituant une lourde charge individuelle et sociétale.

Le TDAH se caractérise par un ensemble complexe de symptômes hyperkinétiques ou de déficit attentionnel, qui permettent de distinguer trois présentations selon la prédominance de l'un ou l'autre aspect. L'expression clinique du TDAH est particulièrement hétérogène au cours de la vie. Le diagnostic et la prise en charge du TDAH de l'enfant sont aujourd'hui bien établis.

L'étiologie du TDAH est complexe et multifactorielle, impliquant des facteurs génétiques, environnementaux précoces, ainsi que leurs interactions. Le TDAH présente une héritabilité estimée à environ 80 %, comparable à celle des troubles schizophréniques, bipolaires ou autistiques, et implique divers types de variants génétiques. De multiples effets gène x environnement contribuent à sa physiopathologie.

Des traitements médicamenteux efficaces, comme les psychostimulants centraux sont autorisés dans la plupart des pays occidentaux et ont démontré leur efficacité. Des psychothérapies d'inspiration comportementale et cognitive, au premier rang desquelles la psychoéducation, sont également efficaces pour le TDAH.

Le TDAH de l'enfance est associé à un risque accru — multiplié par 3 à 5 — de développer un trouble lié à l'usage de substances (TUS). Il n'est donc pas surprenant que le TDAH de l'adulte soit très fréquent chez les patients en demande de traitement pour un TUS. L'étude internationale IASP (International ADHD in TUS Prevalence Study) a récemment estimé la prévalence du TDAH chez ces patients à 13,9 % selon les critères DSM-IV, et à 16 % selon les critères du DSM-5. Une méta-analyse récente montre que 23 % de tous les patients en traitement pour un TUS remplissent les critères diagnostiques de TDAH adulte.

Traiter le TDAH chez l'enfant permet une meilleure adaptation scolaire, un mieux-être familial, et diminue l'incidence de l'usage de substances et des TUS. Cela est crucial car les adultes présentant à la fois un TDAH et un TUS développent généralement des formes plus sévères de chaque trouble, comparés aux personnes souffrant d'un seul des deux.

#### B. Problématiques et objectifs

En population souffrant de TUS, il existe un déficit de connaissances concernant :

- L'exactitude des procédures diagnostiques du TDAH,
- L'efficacité des traitements en cas de comorbidité TDAH/TUS.

Des recommandations d'experts suggèrent que les outils de dépistage du TDAH devraient être utilisés de manière systématique en cas de TUS, suivis d'un diagnostic de TDAH initié dès que possible. Les experts recommandent également des soins intégrés du TDAH et du TUS, c'est-à-dire s'adressant aux deux troubles simultanément, et combinés, associant pharmacothérapie et psychothérapie. En effet, plusieurs essais contrôlés randomisés utilisant une dose standard de méthylphénidate (l'un des médicaments psychostimulants les plus utilisés pour le TDAH adulte) n'ont pas montré d'effet significatif sur les variables principales comme la réduction des symptômes de TDAH ou la consommation de substances. Toutefois, l'utilisation d'autres médicaments ou de méthylphénidate à haute dose, en association avec des traitements non médicamenteux comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), semble efficace pour atteindre une rémission dans les cas de comorbidité TDAH-TUS.

Ces essais cliniques ciblent l'efficacité d'interventions spécifiques sur des populations sélectionnées, mais apportent peu de connaissances sur l'évolution naturelle des troubles ou sur les prédicteurs d'efficacité thérapeutique en pratique clinique courante.

**La comorbidité TDAH-TUS est associée à de nombreuses complications et à une efficacité réduite des traitements standards. Le diagnostic et le traitement appropriés de ces cas chez l'adulte représentent un défi. Pour répondre à ces enjeux, la fondation ICASA vise à améliorer fortement le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des patients atteints des deux troubles. Cependant, (i) l'outil le plus largement utilisé, la DIVA 5.0, est traduit en français mais n'a pas été validé, *a fortiori* en population avec TUS et (ii) un seul essai contrôlé randomisé de TCC d'adultes avec TDAH+TUS a été publié à ce jour avec des résultats partiels intéressant seulement les symptômes de TDAH.**

La fondation ICASA (International Collaboration on ADHD and Substance Abuse, **Figure 1**) a déjà obtenu des résultats préliminaires importants :

- Des échantillons importants de personnes en traitement pour un TUS ont été évalués pour le TDAH de l'enfant et de l'adulte dans deux vagues d'étude (IASP 1, 2 et 3) menées à l'échelle internationale ;
- La prévalence et la comorbidité psychiatrique de ces patients ont été caractérisées (étude IASP-1) ;
- Une déclaration de consensus sur le diagnostic et le traitement a été publiée en anglais ;
- Un programme thérapeutique non pharmacologique manualisé, spécifique aux adultes présentant un TDAH/TUS comorbide, a été publié.

### C. Méthodologie

#### 1. Méthodologie générale de la fondation ICASA

- Utiliser des réseaux propres et partenaires pour faciliter l'accès aux chercheurs, cliniciens et patients ;
- Partager les connaissances sur le TDAH et les addictions ;
- Soutenir la montée en compétences et en dimensions des membres du réseau (unités de soins, de recherche) ;
- Publier les résultats dans des revues à comité de lecture et présentation dans des conférences nationales et internationales.

#### 2. Moyens mis en œuvre (au départ du projet)

##### a. Équipe INSERM U1144

L'équipe INSERM fait partie du groupe de recherche sur les addictions dans l'unité « Biomarqueurs de la rechute et de la réponse thérapeutique dans les troubles neuropsychiatriques », dirigée par le Pr. Frank Bellivier et la Dr. Cynthia Marie-Claire. Ils travaillent à l'Université Paris-Cité au sein de l'unité U1144. Ils développent des hypothèses sur le rôle modificateur des dimensions du TDAH dans le parcours des patients en traitement pour des TUS sévères.

b. Équipe ICASA

Le fonctionnement d'ICASA est axé sur la génération, la discussion, le test et la valorisation d'hypothèses importantes sur le TDAH et les TUS.

**Structure :**

- Bureau de 6 membres (président : Pr. Arnt Schellenkens, Amsterdam Medical Centre) ;
- Bureau de recherche au RadboudUMC / NISPA (Pays-Bas) ;
- Réseau de 54 membres dans 15 pays (**Figure 1**).

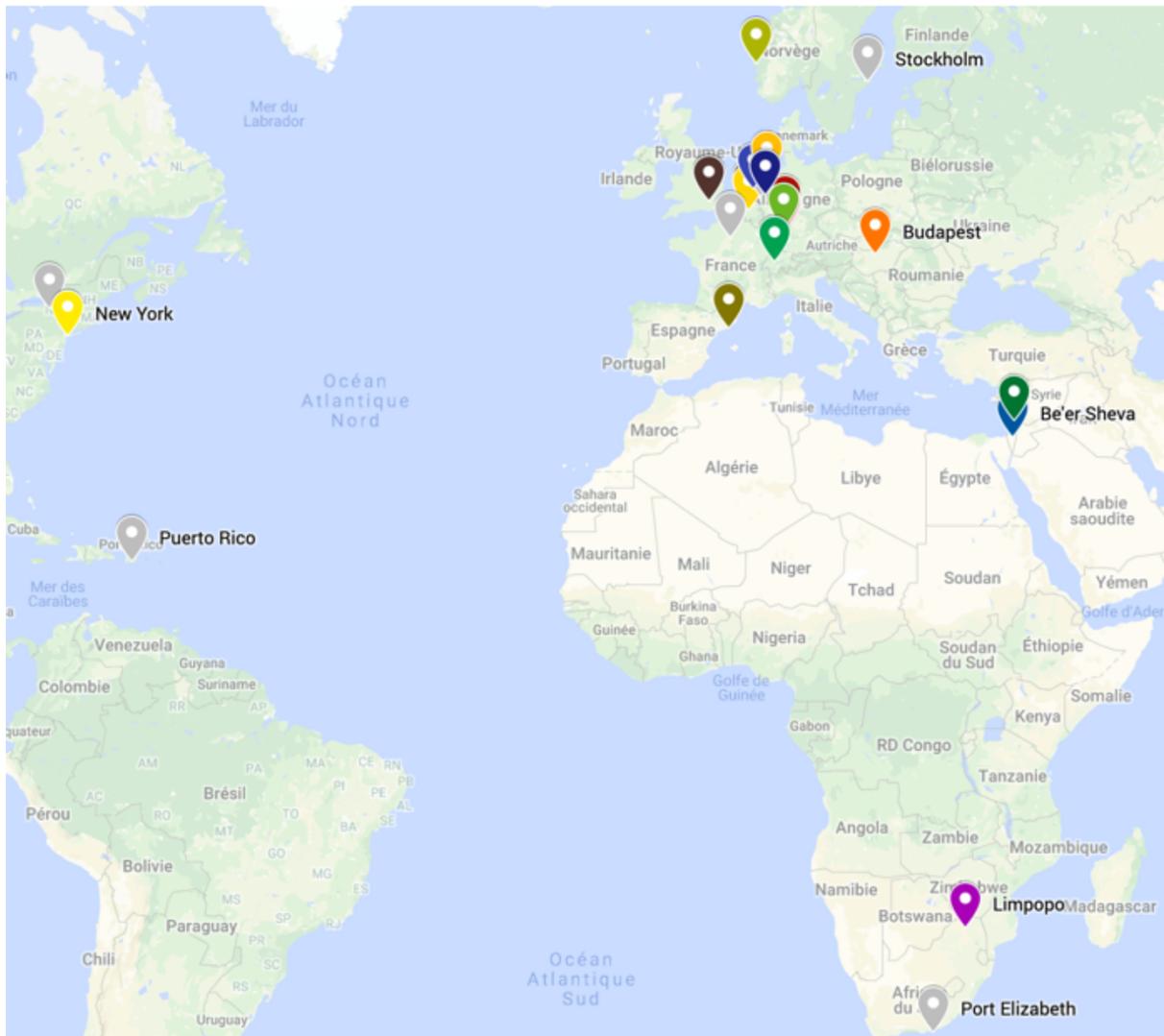


Figure 1: le réseau ICASA dans le monde

3. Tâches, livrables et groupes de travail

**Tâche 1 : Renforcer l'implication des doctorants ICASA**

GT1 – Coordinateur : Romain Ickick

- **Sous-tâche 1 :** Faciliter le réseau via un assistant de recherche senior (à recruter), qui assurera la diffusion de la production scientifique et des événements ICASA, ciblant les doctorants.

- **Sous-tâche 2** : Organisation d'un appel interne à projets pour des séjours courts à Paris (2 à 12 semaines, tous les 6 mois), avec soutien pour les frais de voyage et logement.

**Livrables** : Animation scientifique d'ICASA via les réseaux sociaux, et progression rapide des projets doctoraux.

### Tâche 2 : Soutenir les projets doctoraux ICASA (2019–2023)

De nombreux projets doctoraux sont en cours mais manquent de financements dédiés, ce qui constitue la tâche 2 en complément de la tâche 1.

### GT2 – Étude internationale IASP

*Coordinatrice : Maria Velez-Pastrana. Contributeurs : Anneke Meyer, trois doctorants*

L'étude IASP a recueilli des données en trois phases (**Figure 2**) :

- L'étude initiale IASP (10 pays participants ; données collectées entre 2008 et 2012)
- IASP-2 (Données collectées en Australie, aux États-Unis, en Hongrie et à Porto Rico ; 2015-2017)
- IASP-3 (Données collectées en Afrique du Sud ; 2014-2019)

À Porto Rico, deux doctorants travaillent sur des publications fondées sur la fusion du jeu de données original IASP avec celui de IASP-2. Le projet à Porto Rico est supervisé par la professeure assistante Maria Velez-Pastrana.

En Afrique du Sud, une doctorante termine sa thèse de doctorat avant l'été 2020. Une seconde doctorante travaille actuellement sur les données. Elle prévoit de publier cinq articles basés sur le jeu de données IASP-3 en 2020/2021. Le projet en Afrique du Sud est supervisé par la professeure Anneke Meyer, de l'Université du Limpopo.

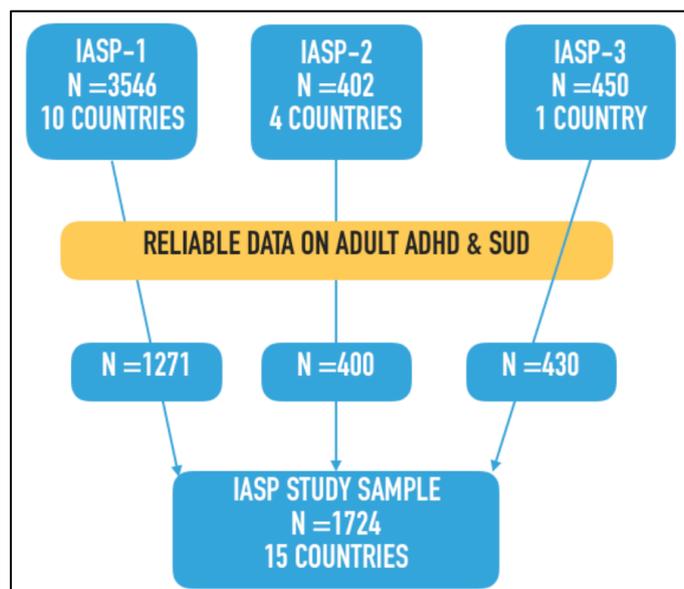


Figure 2: diagramme de flux des échantillons d'étude "IASP"

### GT3 : Étude de cohorte naturaliste internationale sur le TDAH et les troubles liés à l'usage de substances (INCAS)

*Coordinateur : Johan Franck. Contributeurs : Christoffer Brynte, deux doctorants.*

Nous collectons actuellement des données dans 12 sites répartis sur 10 pays, visant à inclure 600 patients présentant un trouble de l'usage de substances (TUS) et un diagnostic de TDAH adulte.

Nous mesurerons divers aspects de la symptomatologie TDAH et TUS (y compris l'usage de nicotine), le fonctionnement neurocognitif et la régulation émotionnelle (ou sa dysrégulation). Ces mesures seront prises à l'inclusion, à 3 mois et à 9 mois de suivi.

L'étude est dite « naturaliste », car les sujets reçoivent (ou non) un traitement pour le TDAH tel qu'il est usuellement pratiqué sur le site où ils sont traités pour leur TUS. Le(s) type(s) de traitement reçu(s) seront enregistrés. Nous mesurerons également la rétention dans l'étude, les symptômes TDAH et la consommation de substances (critères principaux).

Nous nous attendons donc à constituer un jeu de données très riche, sur la base duquel plusieurs publications pourront être produites, et qui servira aussi à au moins deux thèses de doctorat.

L'Institut Karolinska à Stockholm dirige l'ensemble de l'étude. La base de données est hébergée par cet institut. L'investigateur principal est le professeur Johan Franck.

En décembre 2019, 415 participants ont été inclus, et 113 avaient complété la visite de suivi à 9 mois (**Figure 3**).

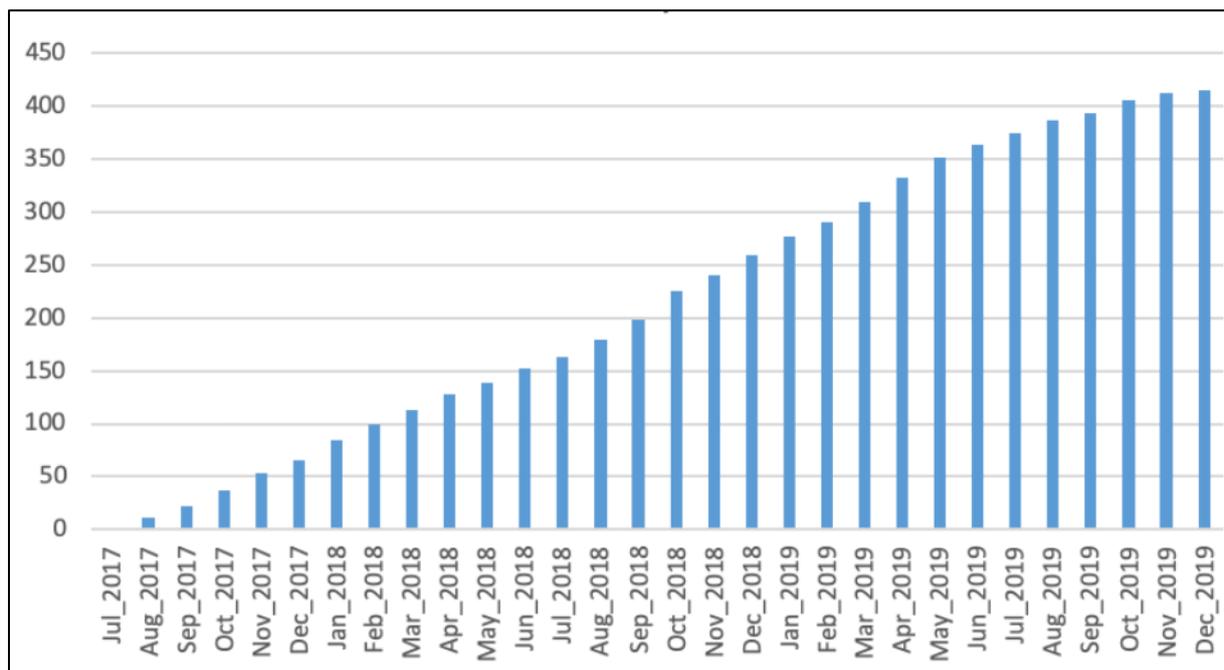


Figure 3: recrutement cumulé de l'étude prospective "INCAS"

**Livrables** : atteinte des objectifs de recrutement de l'étude INCAS et communication scientifique.

### Tâche 3 : financer et conduire le génotypage de patients TUS+/-TDAH

#### GT4 : Génétique des patients TUS avec et sans TDAH

Johan Franck, Antoni Ramos-Quiroga, Stephen V. Faroane, Csaba Barta, un à deux doctorants.

Lors de la collecte des données de l'étude IASP, des échantillons d'ADN ont été prélevés chez plusieurs patients TUS avec et sans TDAH. Ces échantillons sont stockés au laboratoire de l'Hôpital universitaire Vall d'Hebron à Barcelone, en Espagne.

À l'époque, le nombre d'échantillons était insuffisant pour permettre des analyses. Avec l'amélioration des techniques de recherche génétique et des méthodes statistiques, et l'ajout d'échantillons provenant d'autres jeux de données, le protocole d'analyse porte sur plus de 2000 participants. Au moins un doctorant du RadboudUMC Nijmegen sera impliqué.

Le projet est dirigé par le Dr Arnt Schellekens (RadboudUMC Nijmegen, Pays-Bas) et le professeur Antoni Ramos-Quiroga (Hôpital Vall d'Hebron, Barcelone). Ils collaborent avec les experts ICASA en génétique, notamment le professeur Stephen V. Faroane (Syracuse, États-Unis) et le professeur Csaba Barta (Budapest, Hongrie).

**Livrables** : génotypes de 2 000 patients caractérisés pour TDAH et TUS.

**Tâche 3** : Rédaction de manuscrits sur des données déjà collectées

**GT5 : Groupe de travail sur le genre**

*Coordinateurs* : Edith Lopez, Maria Velez. *Contributeurs* : Arvid Skutle, Monica Kvalavåg, Anne Juppe.

Le GT5 vise à décrypter le rôle potentiel du genre à toutes les étapes du parcours développemental du TDAH et des TUS, y compris la présence/l'absence et l'impact de dimensions intermédiaires telles que les troubles des conduites et la comorbidité psychiatrique.

**GT6 : Groupe de travail sur le tabac**

*Coordinateurs*: Natalie Sánchez-García et Maria Velez-Pastrana. *Contributeurs* : Toni Ramos-Quiroga, Mathias Luderer, Arnt Schellekens, Lara Grau Lopez.

La consommation de tabac et la dépendance à la nicotine sont fortement associées au TDAH. Dans ces populations, le tabac pourrait agir comme une drogue d'initiation (c'est-à-dire accroître le risque d'autres TUS) ou modifier l'évolution de la maladie vers une forme plus sévère.

Le groupe de travail sur le tabac vise à explorer les relations bidirectionnelles entre tabagisme et TDAH, en examinant le cours du TDAH en fonction de la dépendance à la nicotine, mais aussi les modes de consommation en fonction des sous-types de TDAH.

**GT7 : Développement des symptômes**

*Coordinateurs* : Rafael Gonzalez. *Contributeurs* : Csaba Barta, Maija Konstenius, Frieda Matthys.

Ce groupe de travail examinera les relations complexes entre les troubles des conduites, une condition externalisée durant l'enfance, qui pourrait être un facteur de médiation ou de confusion dans la relation entre TDAH et TUS.

**GT8 : Diagnostic/Gravité des TUS**

*Coordinateurs* : Romain Icick. *Contributeurs* : Ortal Slobodin, Maria Velez-Pastrana, Geert Dom, Franz Moggi, Frieda Matthys.

L'objectif du GT8 est de décrire les profils de sévérité des TUS en fonction de la présence ou non de TDAH, en testant si la comorbidité psychiatrique, l'altération sociale et la poly-dépendance sont plus fréquentes en cas de TDAH.

**GT8 : Déclaration de consensus sur le diagnostic et le traitement du TDAH en contexte de comorbidité avec un TUS chez les adolescents**

*Coordinateur* : Wim Van Den Brink. *Contributeurs* : Mathias Luderer, Johannes Franck.

L'adolescence représente une période critique d'exposition aux substances psychoactives en cas de TDAH préexistant, pouvant avoir un impact durable.

Nous rédigerons donc une déclaration de consensus, comme cela a été fait pour les adultes, afin d'aider les cliniciens à mieux diagnostiquer et traiter les adolescents souffrant de TDAH et de TUS, tout en stimulant la recherche. L'analyse suivra la méthode Delphi de consensus.

**Livrables** : des publications de haute qualité sont attendues de la tâche 3, compte tenu de l'ampleur des sujets abordés, tout en conservant une portée clinique forte. Cela est également permis par la caractérisation approfondie des participants IASP.

Les quatre premiers articles utilisant les données IASP-2 (+/- IASP-1) sont attendus dans un numéro spécial de la revue *European Addiction Research Journal*.

**Gestion des risques** : les deux équipes du consortium actuel disposent d'une solide expérience en matière de demande de financement, de recrutement de patients, de gestion et de valorisation des données.

Un premier jeu de données conséquent (IASP1+2) est disponible via un site web sécurisé dédié (<https://www.researchenvironment.org/workspaces>), permettant de développer et valoriser de nombreuses hypothèses cliniquement pertinentes. Les données de IASP-3 ont été collectées, mais restent à fusionner avec IASP1+2.

**Financement sollicité :**

Les fonds demandés via l'Appel à projets de recherche 2019 – Lutte contre les addictions aux substances psychoactives – serviront à faciliter le travail des doctorants mentionnés ci-dessus pour utiliser les jeux de données de la recherche ICASA, bénéficiant de l'expertise ICASA (par ex. via l'organisation de sessions ciblées d'analyse de données et de rédaction de manuscrits) et permettre/accroître la participation des doctorants aux réunions du réseau de la Fondation ICASA, et développer les échanges avec l'Équipe 1 lors de séjours courts.

**En résumé, le projet RING-PHD-CASA permettra de renforcer la production scientifique d'un réseau de recherche actif et compétent, en consolidant la collaboration existante et en s'appuyant sur l'expertise de l'équipe permanente INSERM à Paris.**

**Le consortium regroupe des compétences complémentaires, issues de nombreux pays, associant médecins et psychologues.**

**La comorbidité entre TDAH et TUS représente un fardeau important dans le monde, et la pertinence clinique du réseau contribuera à soulager ce fardeau en encourageant les bonnes pratiques pour diagnostiquer et traiter cette condition fréquente.**

## D. Déroulement du projet et résultats obtenus

### 1. Calendrier effectif

Le projet a été prolongé deux fois en raison de la pandémie de SARS-COV2 qui empêchait directement les livrables-clés du projet ; pour une fin au 31/10/2023. Nous n'avons pas recruté de coordinateur de réseau et avons basculé tous les fonds sur du fonctionnement.

### 2. Résultats scientifiques et cliniques issus du projet

Les résultats sont classés par thématiques liées à l'organisation des GT. Le cas échéant, ils font référence aux communications écrites par leur numéro, telles qu'elles sont listées dans la partie correspondante du rapport.

#### a. Diagnostic de TDAH en cas de TUS

Le projet RING-PhD-CASA a permis de formaliser et diffuser les connaissances sur le diagnostic et les soins du TDAH en contexte de TUS.

Tout d'abord (#1), une déclaration de consensus internationale a été élaborée sur le diagnostic et la prise en charge du TDAH chez les adolescents comorbides avec un TUS. Un panel de 55 experts issus de 17 pays a évalué 37 énoncés via une méthode Delphi modifiée. Un consensus a été atteint sur 36 énoncés, couvrant le dépistage, le diagnostic, les traitements pharmacologiques et psychosociaux. Le dépistage systématique croisé TDAH/TUS est recommandé, et les stimulants à libération prolongée sont préconisés en première intention. Ce livrable renforce les bonnes pratiques cliniques face à cette comorbidité complexe et fréquente. Il a été traduit et diffusé pour la communauté francophone (#2), tout comme son équivalent pour l'adulte (#3). Ce livrable propose des recommandations fondées sur les preuves et le consensus pour le repérage, le diagnostic et le traitement des adultes présentant une comorbidité TDAH-TUS. Le dépistage systématique du TDAH chez les patients avec TUS est fortement recommandé, suivi d'un diagnostic rapide. Un traitement intégré TDAH-TUS combinant pharmacothérapie et psychothérapie est préconisé. Des posologies élevées de méthylphénidate à libération prolongée, d'amphétamines ou d'atomoxétine peuvent être envisagées en cas de réponse insuffisante.

Ce consensus a servi de base de travail à la mise au point d'une journée diagnostique du TDAH chez les patients porteurs de TUS (#3). Sur 17 patients inclus, 76 % ont reçu un diagnostic formel de TDAH, confirmant la forte prévalence de cette comorbidité dans les populations suivies en addictologie. La procédure s'est déroulée en hôpital de jour et reposait sur un protocole intensif d'une journée complète, utilisant des outils diagnostiques validés et standardisés. Le DIVA-5 (Diagnostisch Interview Voor ADHD) a constitué l'élément central de l'évaluation diagnostique, complété par des entretiens cliniques, des tests neurocognitifs et des échelles dimensionnelles portant sur les symptômes psychiatriques, les fonctions exécutives et l'impulsivité. Les évaluations ont été menées par une équipe pluridisciplinaire (psychologues, psychiatres), spécialement formée à la reconnaissance des symptômes de TDAH chez des patients ayant des troubles de l'usage de substances – une population dans laquelle les diagnostics sont particulièrement complexes du fait du recouvrement symptomatique entre TDAH et TUS. Tous les patients convoqués se sont présentés et ont suivi l'ensemble du parcours sans abandon, soulignant la bonne acceptabilité de la démarche malgré la complexité des cas.

Les données recueillies montrent que les patients TDAH présentaient des troubles cognitifs plus marqués et une comorbidité psychiatrique plus élevée, notamment en lien avec l'usage de cannabis et de stimulants. Ces résultats justifient la mise en œuvre de stratégies de dépistage systématique et de parcours de soin intégrés, adaptés à cette population spécifique. Ce travail permet de poser les bases d'une démarche de soins plus personnalisée, combinant outils psychométriques, entretiens standardisés et approche clinique experte pour améliorer le repérage et la prise en charge du TDAH chez l'adulte avec TUS. La DIVA est en cours de validation par notre équipe parisienne, sur la base de ce travail (thèse Norman Therribout - voir section correspondante).

b. Articles de revue destinés à la communauté francophone

Une revue narrative de la littérature internationale (#5) a mis en évidence la forte prévalence du TDAH chez les personnes souffrant d'addictions, qu'elles soient avec ou sans substance (jusqu'à 40 %). La comorbidité est associée à des formes plus sévères des troubles. Le repérage repose sur un diagnostic spécifique appuyé par des outils standardisés, bien que tous ne soient pas validés. Une prise en charge intégrée, combinant traitements médicamenteux et approches psychosociales (TCC, psychoéducation), est recommandée. Toutefois, les stratégies thérapeutiques dédiées manquent encore de validation scientifique solide. Cette revue a permis d'intégrer de nouveaux membres de l'équipe parisienne et une ouverture d'importance capitale vers les addictions sans substance. Un article similaire, rappelant la place des outils d'évaluation standard (#6) a également pu être publié.

c. Caractérisation du TDAH en population de TUS

L'addiction au tabac est un TUS au premier plan en cas de TDAH. Cette étude multicentrique (#7) a examiné 402 patients en traitement pour addiction, révélant que ceux atteints de TDAH présentent une dépendance nicotinique plus sévère. Le TDAH était associé à une consommation plus précoce, plus intense et plus durable de tabac. Les troubles de la personnalité impulsive, en particulier antisociale et borderline, ont été identifiés comme médiateurs de cette relation. L'effet du TDAH sur la sévérité de l'addiction à la nicotine était principalement expliqué par la présence d'un trouble de personnalité antisociale. Ces résultats soulignent l'importance du dépistage systématique du TDAH et des troubles psychiatriques comorbides chez les patients TUS. Le réseau s'est également interrogé sur les profils de sévérité des addictions liés au TDAH. Une étude internationale portant sur 1 294 patients suivis pour un TUS (#8) montrait que comorbidité était associée à une sévérité accrue de l'addiction (nombre de diagnostics, critères DSM), à une psychopathologie plus complexe (troubles de l'humeur, personnalité borderline, conduites suicidaires), et à des risques sociaux accrus. Le TDAH augmente de manière indépendante le risque de polyaddiction et de troubles psychiatriques. Ces résultats renforcent l'importance du repérage systématique du TDAH chez les patients avec TUS. De même, l'étude des profils d'impulsivité en cas de trouble des conduites (#9) montrait que les patients suivis pour un TUS et présentant un TDAH ont un début plus précoce des troubles des conduites (CD) et oppositionnels avec provocation (ODD), ainsi qu'un âge plus jeune d'initiation et de développement du TUS. Ces associations persistent après ajustement pour l'âge, le sexe et les diagnostics co-occurrents. La charge symptomatique de CD/ODD est également plus élevée chez les patients avec TDAH. Les résultats soulignent l'importance d'un repérage précoce du TDAH et des troubles externalisés. Des actions de prévention ciblée pourraient en limiter les conséquences.

d. Modèles et données innovantes dans les thérapeutiques du TDAH en cas de TUS

Grâce aux réunions du réseau, notre équipe parisienne a pu mener à bien la traduction d'un ouvrage de TCC intégrée et l'adapter au format groupal (#10). L'objectif de l'ouvrage est d'exposer des approches validées scientifiquement et de proposer un programme de traitement adapté - médicamenteux mais surtout psychothérapeutique - à ces patients TDAH+TUS. De façon pratique, et immédiatement utilisable par les soignants, l'ouvrage expose :

- les différents **modules à mettre en oeuvre avec les patients** : psychoéducation, organisation et planification, amélioration de la notion de temps, réduction des distractions, gestion des consommations, amélioration de la régulation émotionnelle, gestion des pensées négatives, réduction de l'impulsivité, amélioration des qualités relationnelles, prévention de la rechute ;
- les **méthodes thérapeutiques** qui peuvent être mises en place : TCC et entraînements aux habiletés sociales, musicothérapie, ergothérapie et art-thérapie, méditation de pleine conscience et focusing, exercice physique, programmes informatisés pour améliorer le fonctionnement cognitif ;
- l'**adaptation des programmes en fonction du cadre de soin** : ambulatoire, en hôpital de jour ou à temps plein, en CMP...

Des fiches d'exercices pour les différents modules complètent l'ouvrage et sont disponibles en ligne pour aider les soignants dans la prise en charge au quotidien de ces patients.

De même, dans le cadre de sa thèse de sciences, le Dr Christoffer Brynte (Institut Karolinska, Stockholm) a pu finaliser le recrutement de l'étude prospective naturalistique INCAS (N =578 à la visite initiale, voir **Figure 2** pour l'état du recrutement au début du projet). L'analyse des données a nécessité des efforts informatiques et administratifs considérables soutenus par les réunions du réseau de la période du projet. Cette étude particulièrement originale (#11, INCAS : International Naturalistic Cohort Study of ADHD and SUD) a examiné les modalités de traitement et le parcours clinique des patients adultes TUS avec TDAH. Recrutant 578 patients dans 12 sites internationaux, multicentrique prospectif observationnel sur neuf mois. Les données étaient collectées via des dossiers patients, des entretiens et des échelles d'auto-évaluation à différents moments (de l'inclusion à 9 mois). À l'inclusion, l'âge moyen des participants était de 36,7 ans, avec 47,5 % de patients hospitalisés et 52,5 % en consultation externe. Les TUS les plus fréquents incluent l'alcool (54,2 %), les stimulants (43,6 %) et le cannabis (33,1 %). La seconde étude publiée (#12) montrait qu'environ 63 % des participants avaient déjà reçu un traitement pour le TDAH : 54 % un traitement pharmacologique, 34 % une thérapie psychologique, et 25 % une combinaison des deux. Une forte variabilité a été observée selon les centres, suggérant des différences structurelles importantes dans la mise en œuvre des soins. Les caractéristiques des patients expliquaient moins cette variabilité que le site de traitement lui-même. Les patients avec des symptômes TDAH plus sévères avaient davantage accès au traitement. L'abstinence de consommations de substances au moment de l'admission était aussi associée à une probabilité plus élevée de prise en charge du TDAH. Ces résultats ont mis en évidence une sous-utilisation des traitements recommandés. Même dans des centres spécialisés, la prise en charge restait hétérogène et parfois inadéquate.

L'étude a souligné l'importance de mieux comprendre les obstacles systémiques à l'implémentation des recommandations. Elle a également appelé à une harmonisation des

pratiques pour améliorer les soins dans cette population complexe. Le second (#13) montrait qu'une religiosité plus élevée était associée à une moindre sévérité des symptômes du TDAH, mais pas à ceux du TUS. Une meilleure maîtrise de soi était, quant à elle, liée à une moindre sévérité des deux troubles. Contrairement aux hypothèses initiales, la maîtrise de soi ne médiait pas le lien entre religiosité et symptômes. Ces résultats suggèrent un effet spécifique de la religiosité sur le TDAH, indépendant du contrôle de soi. Mieux comprendre ces liens pourrait ouvrir des pistes thérapeutiques personnalisées, notamment autour des dimensions spirituelles. L'analyse principale de l'étude décrit les éléments prédictifs de succès (#14, en révision dans *l'American Journal of Psychiatry*). Chez les patients présentant un trouble TUS-TDAH, les traitements du TDAH — en particulier les psychostimulants — sont associés à une meilleure rétention dans les soins, une réduction significative des symptômes TDAH, et une consommation réduite d'alcool. Les traitements psychosociaux montrent également un effet bénéfique sur la diminution des jours de consommation excessive. En revanche, les traitements pharmacologiques ciblant uniquement les TUS ne semblent pas influencer ces résultats. Ces données soulignent l'importance d'une prise en charge spécifique du TDAH chez les patients souffrant d'addiction. Des essais contrôlés sont nécessaires pour affiner les protocoles thérapeutiques, notamment sur les posologies de stimulants et les combinaisons thérapeutiques. D'autres manuscrits sont en cours de rédaction par des membres du réseau, incluant la validation d'échelles et l'identification de dimensions symptomatiques utiles pour suivre l'évolution sous traitement et/ou être ciblée par des interventions TCC.

Ces avancées diagnostiques et thérapeutiques ont permis à notre équipe parisienne de diffuser ces bonnes pratiques dans le contexte de la stratégie nationale TND, poursuivre nos évaluations de recours du TDAH en contexte de TUS (N =97 à ce jour) et initier un essai contrôlé randomisé de TCC intégrée du TDAH + TUS (en cours depuis le 8/04/25, financement INCA demandé ; voir section correspondante du rapport).

Enfin, le génotypage de 2 000 patients avec TUS et suspects de TDAH a été achevé en 2022. Les analyses d'association et de scores de risque polygénique sont en cours. Elles seront suivies de l'identification des CNV, d'importance capitale dans la physiopathologie des TND comme le TDAH. Une étude sur base de données existante dont l'accès a été permis par le financement a permis de confirmer à large échelle (N ~1 000 000) que la vulnérabilité génétique partagée entre TDAH et trouble de l'usage d'alcool était particulièrement élevée (#15).

**La valorisation de ces travaux a été permise notamment à travers trois sessions d'écriture (voir section correspondante du rapport et 4.) soutenues par le financement. Elle sert de base, chez chaque équipe partenaire, à des recherches et des activités cliniques innovantes, et a contribué à renforcer notre collaboration déjà forte avec le réseau.**

### 3. Résumé de l'avancée des étudiants en thèse

La plupart des travaux de thèse ont été publiés et ne sont donc pas détaillés ici. **Le financement a permis au total à six doctorants de participer aux séminaires/symposia/ateliers d'écriture** décrits ci-dessous, avec financement intégral de leur déplacement y compris depuis l'extérieur de l'Europe. Ces activités ont permis des avancées substantielles dans leurs travaux ; mais le nombre final de Doctorants en activité/ayant soutenu est resté sous les prévisions du projet.

#### 4. *Manifestations scientifiques du réseau*

Le financement a permis le déroulement de deux réunions du réseau (environ 25 membres) à Paris en juin 2022 et juin 2023. Ces réunions ont inclus : le séminaire du réseau (1,5 jour), un symposium international sur TDAH et TUS (1 jour) et un atelier d'écriture (1 jour). Les membres parisiens ont pu participer au séminaire de juillet 2024, et le Doctorant Norman Therribout à l'atelier d'écriture de novembre 2024 (Bruxelles).

#### E. Perspectives

Nous poursuivons la valorisation des données issues de ces projets, notamment dans l'étude INCAS. Les applications cliniques sont nombreuses et directes : validation de la DIVA-5, de l'ASRS-31, et d'un programme de TCC intégrée pour TDAH et TUS (ECR débuté le 8/04/25, lettre d'intention retenue pour un financement INCA 2025).

Nous pilotons un réseau en cours de structuration pour orienter et mieux prendre en soins les individus souffrant de TDAH et d'addictions, y compris adolescents et sans substance, sur la base d'une fédération francilienne APHP et hors APHP de dix centres ayant des expertises complémentaires dans le domaine. Ce projet a été financé pour 14 mois en novembre 2024.

Les perspectives plus lointaines concernent la poursuite de l'encadrement d'étudiants en thèse et en Master 2 et le pilotage d'une base données nationale sous l'égide de la société française du TDAH.

La faisabilité de ces projets est excellente car nous formons régulièrement de nouveaux collaborateurs à nos projets locaux, et nos études (TCC, validation) seront reprises dans d'autres centres du réseau ICASA pour alimenter un projet européen multicentrique dans les 2 à 5 ans.

S'il s'agit d'un **projet d'amorçage, projet pilote, contrat de définition** ou de soutien à la **mise en place de projets européens** :

Ce projet a-t-il permis de construire un projet de recherche complet ?

Oui  Non

Un financement a été obtenu, une lettre d'intention retenue :

- Financement de l'Agence Régionale de Santé (Fonds de Lutte contre les Conduites Addictives, FCLA 2024) à hauteur de 179 500€ qui permet la structuration de l'activité de soins (évaluation, thérapies non médicamenteuses) de 10 centres d'addictologie d'Île-de-France avec recrutement d'une étudiante M2, d'une Ingénieure de recherche et d'une assistante médico-administrative. Une base de données en ligne, dédiée, professionnalisée (CleanWeb®, Telemedicine Technologies S.A.S.) à vocation nationale (pour les réseaux TDAH en cours de constitution) a également été mise en place pour le projet.
- Lettre d'intention retenue à l'AAP TABACJC25 (Investigateur principal : Dr Norman Therribout) pour financer un essai contrôlé randomisé de TCC intégrée (module « ATTenTif »), 135 000€ demandés. Essai promu par l'APHP, enregistrement « clinical trials » NCT06858527, autortisation CPP Île de France XI obtenue (RIPH 2) et démarré le 8/04/2025 avec nombre de sujets nécessaire calculé à 132.



## Rapport scientifique complet

**Rappel : Ce document n'est requis que pour les projets soutenus par la CNSA**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
◀ Modalité du projet (Choisissez un élément.) Modalité du projet ▶

*[Rédiger votre rapport scientifique ici]*

## II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

---

## **CONSIGNES DE REMPLISSAGE**

Pour rappel, la politique de Science ouverte à l'IReSP vise à ce que les coordonnateurs des projets financés par l'IReSP déposent en priorité les articles scientifiques issus des projets de recherche financés dans des revues ou ouvrages en accès ouvert. À défaut, le bénéficiaire ainsi que les équipes participant à la réalisation du projet s'engagent à déposer dans une archive ouverte publique comme HAL. **L'article 30 de la Loi pour une République Numérique fixe comme délai maximum d'embargo :**

· **6 mois** pour les publications dans le **domaine des sciences, de la technique et de la médecine (STM)**.

· **12 mois** pour les publications dans le **domaine des sciences humaines et sociales (SHS)**.

Pour les publications non accessibles en accès ouvert, merci d'indiquer les raisons n'ayant pas permis de favoriser cette démarche.

### 1. Publications scientifiques

#### **1. Liste des articles et communications écrites**

*Préciser s'il s'agit d'articles dans des revues à comité de lecture ou toute autre revue / d'ouvrages ou de chapitres d'ouvrage / de communications dans des colloques ou des congrès / de dépôt de brevet...*

*Référencer selon les normes habituelles. Indiquer également les publications prévues à venir.*

#### **2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet**

*Préciser le titre, date de soutenance (prévue ou réelle), soutien financier, activité actuelle des étudiants ayant soutenu leur thèse.*

#### **3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisés durant la période concernée**

*Préciser la date, le lieu, l'objet, le nombre des participants si possible.*

#### **4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet**

*Préciser la date, le lieu, l'objet, les équipes ou autres acteurs rencontrés*

### 2. Communications autres

*Lister les communications autres qu'académiques. Il peut s'agir de site internet, interview, questionnaire, forum, plaquette de présentation, capsule vidéo, ...*



## FICHE A RENSEIGNER

### Publications scientifiques

**Ajouter tous les liens URL des publications, si possible.**

**Merci de préciser quand l'article n'est pas disponible en accès ouvert, le cas échéant, joindre l'article en format PDF.**

#### 1. Liste des articles et communications écrites

**Classées par ordre thématiques liées à l'organisation des GT et présentées dans la synthèse longue. Disponibles en AO ou sur HAL.**

- Özgen H, Spijkerman R, Noack M, et al. *Eur Addict Res.* 2020. DOI:[10.1159/000508385](https://doi.org/10.1159/000508385) ;
- Therribout N, van Kernebeek MW, Vorspan F, et al. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 2022. DOI:[10.1016/j.neurenf.2022.11.004](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.11.004) ;
- van Kernebeek MW, Vorspan F, Crunelle CL, et al. *Toxicologie Analytique et Clinique.* 2022. DOI:[10.1016/j.toxac.2022.02.001](https://doi.org/10.1016/j.toxac.2022.02.001);
- Therribout N, Karsinti E, Morel A, et al. *Frontiers in Psychiatry.* 2022. DOI : [10.3389/fpsy.2022.803227](https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.803227);
- Therribout N, Icick R, Karsinti E, et al. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2024. DOI:[10.1016/j.amp.2024.08.024](https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.08.024) ;
- Therribout N, Icick R, Karsinti E, et al. *Courrier addictions*, in press 2025.
- González RA, Vélez-Pastrana MC, Blankers M, et al. *European Addiction Research.* 2020. DOI:[10.1159/000508653](https://doi.org/10.1159/000508653);
- Icick R, Moggi F, Slobodin O, et al. *Eur Addict Res.* 2020. DOI:[10.1159/000508546](https://doi.org/10.1159/000508546);
- Sánchez-García NC, González RA, Ramos-Quiroga JA, et al. *Eur Addict Res.* 2020. DOI:[10.1159/000508545](https://doi.org/10.1159/000508545);
- Elsevier Masson SAS. <https://www.elsevier-masson.fr/prise-en-charge-du-trouble-deficit-de-lattentionhyperactivite-associe-au-trouble-de-lusage-de-substance-9782294783302.html>;
- Brynte C, Aeschlimann M, Barta C, et al. *BMC Psychiatry.* 2022. DOI:[10.1186/s12888-022-04259-6](https://doi.org/10.1186/s12888-022-04259-6);
- Brynte C, Schellekens A, Barta C, et al. *J Clin Psychiatry.* 2024. DOI:[10.4088/JCP.24m15494](https://doi.org/10.4088/JCP.24m15494);
- Begeman et al. *In press* in *Int. J. of Social Psy.* 2025.
- Brynte et al. *In revision* in *Am J Psy.*
- Icick R, Shadrin A, Holen B, et al. *Nat Mental Health.* 2025. DOI:[10.1038/s44220-024-00353-8](https://doi.org/10.1038/s44220-024-00353-8) (à venir sur PMC);

#### 2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.

- PhD Norman Therribout, soutenue 25/11/2024 (codirection Paris Nanterre)
- PhD Thibault, début novembre 24
- PhD Lisa Horstman, début janvier 2023.
- PhD Christoffer Brynte, début janvier 2022
- PhD Edith López-Toro, début janvier 2022.
- Fabiola Gonzalez-Mendez, début janvier 2024

**3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée**

- Juin 2022 organisé à Paris
- Juin 2023 organisé à Paris
- Juillet 2024 participé (deux membres équipe FR)

**4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet**

- ICASA 2024 (ICICK, THERRIBOUT)
- Novembre 2024 Bruxelles (THERRIBOUT)

**Communications au grand public**

**Ajouter les liens URL et/ou joindre le fichier en annexe, si possible**

- Présentation à l'Académie de Médecine.  
<https://sftdah.fr/evenements/journee-scientifique-academie-medecine/>