

# Orientations pour l'identification et le traitement des personnes avec troubles de l'attention/hyperactivité et troubles du spectre autistique, basées sur un consensus d'experts

## Table des matières

Résumé.....	2
Contexte.....	3
trouble de l'hyperactivité/trouble de l'hyperactivité.....	3
Troubles du spectre autistique.....	4
TDAH et TSA concomitants.....	6
Méthodes.....	8
Résultats.....	8
Identification et évaluation.....	8
Échelles de notation.....	13
Entretien clinique.....	15
Évaluations objectives.....	17
Résultat de l'évaluation.....	19
Interventions non pharmacologiques pour le TDAH et les TSA.....	20
Travailler avec les enfants, les jeunes et leurs intervenants/soignants.....	21
Psychoéducation.....	22
Interventions auprès des parents/aidants.....	22
Interventions comportementales et environnementales.....	23
Autres interventions thérapeutiques.....	24
Éducation et interventions en classe.....	25
Travailler avec les adultes.....	31
Psychoéducation.....	32
Interventions psychologiques.....	33
Traitement pharmacologique du TDAH et des TSA chez les enfants et les adultes.....	38
Conclusions.....	42
Références.....	44

## Traduction de "Guidance for identification and treatment of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder based upon expert consensus"

Susan Young, Jack Hollingdale, Michael Absoud, Patrick Bolton, Polly Branney, William Colley, Emily Craze, Mayuri Dave, Quinton Deeley, Emad Farrag, Gisli Gudjonsson, Peter Hill, Ho-lan Liang, Clodagh Murphy, Peri Mackintosh, Marianna Murin, Fintan O'Regan, Dennis Ougrin, Patricia Rios, Nancy Stover, Eric Taylor & Emma Woodhouse

Publié : 25 mai 2020 - *BMC Medicine* volume 18, [Numéro d'article : 146 \(2020\)](#)

Tableau 1 - Recommandations pratiques pour les enfants et les adultes atteints de TDAH et de TSA comorbides : identification et évaluation

Tableau 2 - Informations complémentaires : échelles d'évaluation et entretiens cliniques couramment utilisés au Royaume-Uni (ceux qui sont gratuits sont indiqués par un astérisque)

Tableau 3 - Informations complémentaires : contenu du rapport d'évaluation clinique

Tableau 4 - Recommandations pratiques pour les enfants et les adolescents atteints de TDAH et de TSA comorbides : interventions cliniques non pharmacologiques

Tableau 5 - Recommandations pratiques pour les enfants et les adolescents atteints de TDAH et de TSA comorbides : interventions éducatives

Tableau 6 - Informations complémentaires : interventions éducatives pour les enfants et les adolescents atteints de TDAH et de TSA comorbides

Tableau 7 - Recommandations pratiques pour les adultes présentant un TDAH et un TSA comorbides : interventions cliniques non pharmacologiques

Tableau 8 - Recommandations pratiques pour les adultes atteints de TDAH et de TSA comorbides : interventions éducatives et professionnelles

Tableau 9 - Informations complémentaires : interventions éducatives et professionnelles pour les adultes avec TDAH et TSA comorbides

Tableau 10 - Recommandations pratiques pour les enfants et les adultes ayant un TDAH et un TSA comorbides : interventions pharmacologiques

# Résumé

## Contexte

Les personnes avec un trouble d'hyperactivité/hyperactivité concomitant (TDAH) et un trouble du spectre autistique (TSA) peuvent présenter des présentations complexes qui peuvent compliquer le diagnostic et le traitement. Il existe des lignes directrices établies concernant l'identification et le traitement du TDAH et du TSA en tant que troubles indépendants. Cependant, le TDAH et les TSA n'ont pas été officiellement reconnus comme des conditions concomitantes sur le plan diagnostique avant la publication du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5 (DSM-5) en 2013. Par conséquent, la connaissance et la compréhension de ces deux affections lorsqu'elles coexistent sont moins bien établies et il existe peu d'indications dans la littérature clinique. Cela a conduit à une incertitude chez les professionnels de la santé lorsqu'ils travaillent avec des enfants, des adolescents et des adultes qui présentent un TDAH et un TSA coexistants. Le partenariat britannique pour le TDAH (UKAP) a donc convoqué une réunion d'experts professionnels visant à combler cette lacune et à obtenir un consensus d'experts sur le sujet qui aidera les praticiens de santé et les professionnels apparentés lorsqu'ils travaillent avec cette population complexe et vulnérable.

## Méthode

Des experts britanniques de multiples disciplines dans les domaines du TDAH et des TSA se sont réunis à Londres en décembre 2017. La réunion a permis d'aborder les complexités du TDAH et des TSA dans le cadre d'une présentation conjointe sous différents angles et a donné lieu à des exposés, des discussions et des travaux de groupe. Les auteurs ont examiné les défis cliniques que pose le travail avec ce groupe complexe d'individus, et sont parvenus à un consensus sur une approche unifiée pour le travail avec des hommes et des femmes, des enfants, des adolescents et des adultes avec TDAH et TSA. Ce document a été rédigé, diffusé et approuvé par tous les auteurs.

## Résultats

Les auteurs sont parvenus à un consensus sur des recommandations pratiques pour travailler tout au long de la vie avec des hommes et des femmes avec TDAH et TSA. Un consensus a été atteint sur les sujets suivants : (1) identification et évaluation à l'aide d'échelles de notation, d'entretiens de diagnostic clinique et d'évaluations objectives de soutien ; résultats de l'évaluation, y compris les normes de compte rendu clinique ; (2) interventions non pharmacologiques et gestion des soins, y compris la psychoéducation, les interventions et la formation des soignants, les approches comportementales/environnementales et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ; et la liaison entre plusieurs services, y compris les interventions éducatives, les conseils professionnels, les compétences de travail et la formation, et (3) les traitements pharmacologiques.

## Conclusions

Les orientations et recommandations pratiques (tableaux 1, 4, 5, 7, 8 et 10) aideront les praticiens de santé et les professionnels apparentés à répondre aux besoins de ce groupe complexe dans une perspective multidisciplinaire. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour améliorer notre compréhension du diagnostic, du traitement et de la gestion des personnes présentant un TDAH et un TSA comorbides.

[Rapports d'examen par les pairs](#)

## Contexte

Environ 5 % de la population mondiale aurait reçu un diagnostic de trouble de l'hyperactivité/hyperactivité (TDAH) [1], un trouble souvent associé à des affections concomitantes qui peuvent compliquer l'identification et le traitement [2] ; les troubles du spectre autistique (TSA) font partie des affections qui coexistent couramment avec les personnes ayant reçu un diagnostic de TDAH à un taux constaté (obtenu par méta-analyse) de 21 % [3].

Il existe des lignes directrices établies concernant l'identification et le traitement du TDAH et du TSA en tant qu'affections indépendantes. En effet, cette comorbidité n'a pas été officiellement reconnue sur le plan diagnostique avant la cinquième révision du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) [4] ; par conséquent, la connaissance et la compréhension de leur coexistence sont moins bien établies. Cela a entraîné une incertitude chez les professionnels de la santé lorsqu'ils travaillent avec des enfants, des adolescents et des adultes qui présentent à la fois un TDAH et un TSA. La situation est encore compliquée par l'expansion du concept de TSA ces dernières années, ce qui signifie que (bien que les TSA soient un trouble neurodéveloppemental) de nombreuses personnes de ce spectre sont intellectuellement et émotionnellement aptes et que leur "handicap" est principalement lié à la stigmatisation au sein de la société (par exemple, le fait d'être exclu inutilement de l'emploi). Néanmoins, les besoins en matière de santé mentale peuvent découler de conditions coexistantes (telles que l'anxiété et le TDAH). Ce consensus inclut donc les besoins des personnes souffrant d'un handicap fonctionnel ainsi que ceux des personnes considérées comme "neurodiverses" au sens large.

### ***trouble de l'hyperactivité/trouble de l'hyperactivité***

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental d'origine génétique et environnementale qui apparaît pendant l'enfance [5] et qui se caractérise par des symptômes comportementaux envahissants d'hyperactivité, d'inattention et d'impulsivité qui sont présents depuis au moins six mois et qui ont un impact négatif sur le fonctionnement et le développement quotidiens [4]. Le TDAH est très répandu. Des recherches combinant des données provenant de plusieurs sources et analysées par méta-régression ont fait état d'une estimation mondiale de 5,29 à 7,2 % chez les enfants [1, 6], 2,5 % chez les adultes [7] et entre 2,8 % chez les adultes plus âgés [8]. Les symptômes doivent persister tout au long de la vie, bien que l'équilibre relatif et les manifestations spécifiques des caractéristiques inattentives et hyperactives-impulsives varient d'un individu à l'autre, et peuvent changer au cours du développement, par exemple, les symptômes hyperactifs-impulsifs en particulier diminuent généralement avec l'âge [9, 10].

Les critères de diagnostic du TDAH sont présentés dans le DSM-5 [4] et dans la Classification statistique internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, 11<sup>e</sup> édition bêta, (CIM-11) [11]. Alors que les critères de base relatifs aux symptômes n'ont pas changé depuis la révision du DSM-IV [12], le DSM-5 a augmenté l'âge typique d'apparition des symptômes à 12 ans (auparavant 7 ans). La définition du TDAH a été élargie afin de caractériser plus précisément l'expérience des adultes, et le nombre de symptômes a été assoupli pour les adultes (> 17 ans) qui doivent désormais présenter cinq symptômes ou plus qui ont persisté pendant au moins 6 mois dans les domaines de l'inattention et/ou de l'hyperactivité-impulsion. Pour un diagnostic posé dans l'enfance, le nombre de symptômes est resté à 6, respectivement. Les symptômes doivent être envahissants et interférer avec ou réduire la qualité du fonctionnement social, scolaire et professionnel. Ils ne doivent pas être mieux expliqués par d'autres affections, telles que la déficience intellectuelle. Le passage de la nomenclature des "sous-types" dans le DSM-IV à celle des "présentations" dans le DSM-5 reflète l'évidence croissante que les symptômes sont souvent fluides chez les individus tout au long de leur vie plutôt que des traits stables. La "présentation" représente

la symptomatologie actuelle de la personne, qui peut changer au fil du temps : par exemple, dans le cas du TDAH, l'inattention peut être relativement stable au cours du développement, mais l'hyperactivité et l'impulsivité diminuent souvent avec l'âge. Il est également important de noter que les TSA ne sont plus un critère d'exclusion, ce qui constitue un changement fondamental par rapport au DSM-IV, et ce, avec d'autres affections comorbides. L'avant-première de la CIM-11 a été publiée en juin 2018, et il n'est plus fait référence au TDAH comme un trouble hyperkinétique. À part cela, il semble être essentiellement similaire au DSM-5 [13, 14].

La multimorbidité est fréquente chez les enfants et les adultes des deux sexes. Chez les enfants, environ la moitié d'entre eux présentent au moins un trouble psychiatrique qui coexiste avec le TDAH et environ un quart présentent deux troubles coexistants ou plus [15]. Il s'agit généralement d'épisodes "courants" de comorbidité, les plus fréquents dans l'enfance étant les troubles du comportement perturbateur (par exemple, trouble oppositionnel avec provocation, trouble du comportement), l'anxiété (par exemple, trouble d'anxiété généralisée, anxiété sociale, trouble obsessionnel-compulsif) et l'humeur (par exemple, dépression, trouble bipolaire). D'autres incluent des troubles spécifiques du développement du langage, de l'apprentissage et du développement moteur, des troubles du spectre autistique et des handicaps intellectuels, dont beaucoup sont présents tout au long de la vie [3, 15,16,17,18]. Les adultes avec TDAH présentent également des taux élevés de troubles concomitants, en particulier des troubles de l'anxiété, de l'humeur et de la consommation de substances (y compris le tabagisme) [19, 20]. La présentation clinique est donc complexe, et elle est souvent encore compliquée par des déficiences scolaires et sociales, qui entraînent l'échec scolaire et professionnel, la délinquance et un comportement antisocial [20,21,22].

### ***Troubles du spectre autistique***

La prévalence mondiale des TSA est d'environ 1%, mais certaines données suggèrent qu'elle pourrait être plus élevée [23, 24]. Suite à la publication du DSM-5 en 2013, les TSA se caractérisent désormais par deux composantes : (1) des déficits persistants dans la capacité à initier et à maintenir une interaction sociale et une communication sociale réciproque et (2) des modèles de comportement, d'intérêts ou d'activités restreints, répétitifs et rigides, y compris des différences de sensibilité sensorielle et d'intérêts. Les personnes avec TSA présentent un grand éventail de fonctions intellectuelles et linguistiques. Les symptômes se manifestent généralement dans la petite enfance (à l'âge de 2 à 3 ans) avec ou sans retard de langage et peuvent être associés à des retards de développement précoce et/ou à la perte de compétences sociales ou linguistiques. Toutefois, de nombreuses personnes peuvent ne pas recevoir de diagnostic de TSA avant l'âge adulte. Cela peut être dû à une série de facteurs, notamment le manque de sensibilisation aux TSA tout au long de la vie, la mauvaise reconnaissance des TSA chez les femmes et/ou le manque de services [25]. Le DSM-5 indique que les symptômes doivent être associés à une altération cliniquement significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines importants.

Les symptômes sont généralement une caractéristique omniprésente du fonctionnement de l'individu, observable dans tous les milieux. Toutefois, ils peuvent varier en fonction du contexte social, éducatif ou autre et peuvent être masqués par un "camouflage". Les symptômes sont relativement stables tout au long de la vie [26, 27], bien qu'il puisse y avoir certains gains de développement à l'adolescence et à l'âge adulte en raison d'un intérêt accru pour l'interaction sociale, d'une amélioration du comportement associée aux interventions et/ou aux compensations appliquées et/ou aux soutiens environnementaux fournis.

Le DSM-5 a apporté des modifications substantielles aux critères de diagnostic des TSA par rapport aux publications précédentes, la plus frappante étant la suppression du syndrome d'Asperger et du

trouble envahissant du développement "non spécifié par ailleurs" en tant que sous-types distincts, qui sont désormais regroupés sous le diagnostic général de sévérité variable des TSA. Ce dernier est introduit par une classification hiérarchique du niveau de soutien requis par l'individu, c'est-à-dire le niveau 1 "nécessitant un soutien", le niveau 2 "nécessitant un soutien important" et le niveau 3 "nécessitant un soutien très important". La gravité des difficultés de communication sociale et des comportements restreints et répétitifs est évaluée séparément, tout en reconnaissant que la gravité peut varier selon le contexte et fluctuer dans le temps. D'autres critères doivent être pris en compte :

- a) avec ou sans déficience intellectuelle (la déficience intellectuelle et les TSA sont souvent concomitants, mais les symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par la déficience intellectuelle ou le retard de développement global) ;
- b) avec ou sans trouble du langage (évalué et décrit par le niveau actuel de fonctionnement verbal, par exemple pas de discours intelligible, mots isolés seulement, phrases complètes, discours courant). Le langage réceptif et le langage expressif sont tous deux considérés séparément, le premier pouvant être relativement retardé dans les TSA ;
- c) si les TSA sont associés à un état médical ou génétique connu ou à un facteur environnemental ;
- d) si les TSA sont associés à un autre trouble neurodéveloppemental, mental ou comportemental ;
- et (e) si les TSA sont associés à la catatonie.

Par conséquent, le DSM-5 s'est éloigné d'une distinction polarisée entre le fonctionnement "élevé" et "faible" des TSA et se concentre plutôt sur la question de savoir si l'affection est associée ou non à des déficiences intellectuelles. La sévérité est classée en fonction du niveau de soutien requis par un individu, qui s'étend sur trois niveaux. Le DSM-5 distingue en outre les TSA des troubles de la communication sociale (TCS) ; les déficiences de la communication sociale sans la présence de comportements répétitifs, restreints ou stéréotypés peuvent répondre aux critères des TCS.

Au moment de la rédaction du présent document, la CIM-10 est en cours de révision et une version détaillée de la CIM-11 n'a pas encore été publiée [28]. Il est prévu que la CIM-11 s'aligne sur le DSM-5, en ce sens que les TSA peuvent se produire avec d'autres troubles du développement neurologique et de la santé mentale (y compris le TDAH) si les critères de diagnostic complets sont remplis. En outre, le syndrome d'Asperger et d'autres troubles généralisés du développement seront inclus dans la classification plus large de l'autisme et les critères de diagnostic seront organisés selon les deux mêmes catégories présentées dans le DSM-5, à savoir (1) les difficultés d'interaction/de communication sociale et (2) les comportements répétitifs (bien qu'il semble que la CIM-11 n'inclura pas les sensibilités sensorielles). Par conséquent, la caractéristique relative aux problèmes de langage a été supprimée, bien que la CIM-11 semble considérer la perte de compétences acquises antérieurement (telles que le langage, la capacité à prendre soin de soi, à aller aux toilettes, les capacités motrices) comme une caractéristique à prendre en compte lors de l'établissement d'un diagnostic. En outre, la CIM-11 mettra moins l'accent sur le type de jeu auquel les enfants participent en raison des variations entre les pays et les cultures, mais se concentrera plutôt sur le fait de savoir si les enfants suivent ou imposent des règles strictes lorsqu'ils jouent.

Les TSA sont associés à plusieurs troubles du développement neurologique, psychiatriques et neurologiques [29, 30]. En effet, 70 % des enfants autistes présentent au moins une affection psychiatrique concomitante et 41 % en présentent deux ou plus, les plus courantes étant l'anxiété sociale, le TDAH et le trouble oppositionnel avec provocation. Les adultes présentent également des taux élevés de comorbidité, les plus fréquents étant les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et le TDAH [31]. Les schémas de comorbidité sont toutefois similaires tout au long du cycle de vie, les individus présentant une série de troubles de l'anxiété et de l'humeur, notamment des crises de panique, un trouble d'anxiété généralisée, un trouble obsessionnel-compulsif et des troubles unipolaires et bipolaires. Par conséquent, comme pour les personnes avec TDAH, la présentation des personnes autistes peut être complexe d'un point de vue clinique et comportemental, mais les résultats pour les personnes autistes sont souvent plus marqués en termes de déficiences fonctionnelles. De nombreux adultes autistes vivent de façon autonome à l'âge

adulte, mais décrivent des difficultés dans divers contextes éducatifs et professionnels et ont besoin du soutien (formel ou autre) de leur famille ou de professionnels [32].

## ***TDAH et TSA concomitants***

Les publications précédentes du DSM interdisaient aux cliniciens de poser un diagnostic simultané de TDAH et de TSA. Le changement d'approche diagnostique adopté par le DSM-5 reflète très probablement un corpus de recherche croissant au cours de la dernière décennie, qui a permis d'identifier des facteurs de risque et des manifestations phénotypiques à la fois communs et distincts, notamment

De nombreuses variantes du nombre de copies (CNV) et des anomalies chromosomiques confèrent des risques de TDAH et de TSA [33]. Une étude d'association pangénomique portant sur cinq grands troubles psychiatriques, dont le TDAH et les TSA, a mis en évidence des facteurs de risque génétiques communs entre le TDAH et les TSA, ainsi que des voies moléculaires et des domaines fonctionnels communs qui sont affectés par ces troubles [34, 35].

Les deux affections se manifestent fréquemment de façon concomitante et se concentrent dans les familles. Les facteurs génétiques multiples en interaction et leur interaction avec les facteurs environnementaux constituent les principaux déterminants du TDAH et des TSA [36]. Cette interaction peut affecter l'expression épigénétique comme la méthylation de l'ADN, la modification des histones et l'expression des microARN, ce qui entraîne une altération du développement.

Les études d'imagerie fonctionnelle et de la structure du cerveau montrent des caractéristiques et des activités neuronales à la fois communes et distinctes (37). Par exemple, les études d'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique cérébrale (IRMf) font état de différences spécifiques à chaque trouble et de déficits communs en matière d'activation fonctionnelle du cerveau et de performances comportementales dans les tâches d'attention soutenue (38) et de réduction temporelle (39) chez les jeunes atteints de TDAH et de TSA. La plus grande étude d'IRM structurelle du cerveau réalisée à ce jour chez des jeunes et des adultes atteints de TDAH et de TSA fait état de différences de maturation, avec un volume intracrânien plus petit spécifique au TDAH chez les enfants et les adolescents et des cortex frontaux plus épais spécifiques au TSA chez les adultes [40].

Ces deux troubles sont à prédominance masculine [2, 38]. Bien qu'il existe des distinctions spécifiques entre les deux affections, elles sont généralement toutes deux associées à des difficultés sociales, à un dysfonctionnement exécutif et à des retards linguistiques et cognitifs [36, 41, 42, 43].

Les taux de cooccurrence varient. Chez les enfants, les études cliniques portant sur les symptômes du TDAH dans les TSA font état d'une cooccurrence comprise entre 53 et 78 % [44, 45] ; alors que dans les échantillons communautaires, elle est plus faible, à 28-31 % [30, 46]. Une méta-analyse de la cooccurrence des symptômes des TSA chez les jeunes, réalisée à partir d'échantillons cliniques et communautaires de TDAH, a révélé un taux de comorbidité de 21 % [3]. Cela suggère que les symptômes de TDAH sont plus susceptibles d'apparaître chez les personnes autistes que chez les autres et une méta-analyse des taux de TSA chez les personnes atteintes de TDAH utilisant une méthodologie similaire à celle de Hollingdale et ses collègues [3] serait utile pour consolider les données disponibles.

La cooccurrence du TDAH et des TSA est présente chez les personnes avec et sans déficience intellectuelle. Dans une communication personnelle du Dr Bhathika Perera, présidente du groupe TDAH en déficience intellectuelle du Royal College of Psychiatrists (un sous-groupe de leur groupe d'intérêt spécial sur les troubles neurologiques du développement), nous avons été informés d'un récent audit national britannique (en préparation) qui a montré que 70 % des personnes souffrant de déficience intellectuelle et de TDAH sont également autistes. Cependant, lorsque l'on travaille avec ce groupe, il faut garder à l'esprit qu'il peut y avoir une différence dans la conceptualisation du

TDAH chez les personnes atteintes d'un TDAH légèrement handicapées intellectuellement, par opposition à celles qui sont autistes non verbales et fortement handicapées intellectuellement. Cela a des implications pour le traitement ; par exemple, les états d'agitation chez les personnes autistes non verbales sévèrement handicapées intellectuellement peuvent être confondus avec l'hyperactivité, ce qui fait que le problème fondamental sous-jacent n'est pas compris et traité. En retour, cela peut entraîner un risque accru de détérioration de la symptomatologie de la personne et du fonctionnement associé.

Comme nous l'avons vu, la comorbidité est très fréquente dans les deux cas, mais pour les personnes qui en souffrent, elle peut être beaucoup plus marquée. Les recherches menées par Simonoff et ses collègues [30] à partir d'un échantillon communautaire ont montré que lorsque le TSA était comorbide avec le TDAH, le risque de recevoir un autre diagnostic de comorbidité augmentait de 14% (de 70% pour le groupe TSA à 84% pour la co-occurrence du TSA et du TDAH). Une étude menée en prison auprès de 390 détenus masculins atteints de TDAH a révélé que 21,9 % d'entre eux étaient positifs au dépistage des TSA, et que ce groupe présentant un TDAH et un TSA concomitants courait un risque plus élevé de développer des symptômes psychiatriques comorbides que les détenus de l'un ou l'autre groupe seulement [47]. Ainsi, la cooccurrence des deux affections peut augmenter le risque de développer d'autres troubles psychiatriques ; en effet, les états persistants d'anxiété et de dysphorie sont courants dans les TSA (seuls ou avec un TDAH comorbide) et le risque de suicide dans ce groupe est préoccupant [48, 49]. Cependant, de nombreux individus n'évoluent pas vers un niveau de "trouble" émotionnel qui persiste pendant une longue période, mais connaissent au contraire une instabilité de l'humeur, caractérisée par des fluctuations extrêmes de l'humeur qui changent rapidement au cours de la journée [50].

Les professionnels de la santé peuvent percevoir cette situation comme moins débilatante et moins préoccupante, mais pour l'individu (et sa famille ou ses proches), ces états émotionnels extrêmement fluctuants sont épuisants et profondément pénibles.

Il existe des difficultés de diagnostic pour ces deux états, en particulier pour ceux qui présentent des symptômes subtils ou "légers", lorsque les difficultés sont "masquées" par d'autres états comorbides, "camouflées" par des stratégies compensatoires, et/ou lorsque l'on dispose de peu d'informations sur le fonctionnement de l'enfant lorsqu'on pose le diagnostic de TDAH ou de TSA pour la première fois chez l'adulte. D'autres défis sont liés à l'élimination des symptômes et des difficultés qui peuvent être adaptables dans certaines situations ou certains contextes. Par exemple, une personne peut être amicale et socialement proactive, mais la qualité de ces interactions peut être de nature gauche ou "étrange". Les problèmes de concentration et/ou la suractivité peuvent être moins évidents lorsque les individus sont absorbés par un sujet ou une activité d'intérêt particulier. La distraction, en termes de changement de tâches en passant d'une activité incomplète à une autre, peut également être influencée par le niveau d'intérêt pour la tâche et/ou modifiée par une tendance à se préoccuper de la tâche ou due à une résistance au changement. Il existe également des difficultés de diagnostic lorsque l'on travaille avec des personnes à l'autre bout du spectre, c'est-à-dire lorsque l'on évalue les TSA chez des enfants et/ou des jeunes souffrant de handicaps physiques graves ou profonds.

Il semble que la cooccurrence du TDAH et des TSA confère une vulnérabilité et une complexité supplémentaires ; c'est pourquoi le partenariat britannique pour le TDAH (UKAP) a convoqué une réunion de consensus, à laquelle ont participé des experts multidisciplinaires travaillant dans ce domaine, afin d'aborder les complexités du TDAH et des TSA sous différents angles, d'examiner les défis cliniques que pose le travail avec ce groupe complexe de patients et la manière de les résoudre. Une liste d'abréviations se trouve au début du manuel.

## Méthodes

Des experts dans les domaines du TDAH et des TSA se sont réunis en décembre 2017 à Londres, au Royaume-Uni, pour une réunion organisée par le partenariat britannique pour le TDAH (UKAP ; [www.UKADHD.com](http://www.UKADHD.com)). Les participants représentaient un groupe multidisciplinaire d'experts cliniques et universitaires, prescripteurs et non prescripteurs, ayant une grande expérience de travail avec des personnes atteintes de TDAH et de TSA (couvrant les domaines de la psychiatrie, de la pédiatrie, de la médecine générale, de la psychologie clinique, du travail social, de l'orthophonie, de la psychothérapie et de la recherche universitaire clinique). Nous avons également eu la chance d'avoir des représentants du domaine de l'éducation. La réunion comprenait des présentations résumant les recherches sur le sujet. À la suite des présentations, les participants se sont séparés en trois sous-groupes. Chaque groupe a été chargé de produire un cadre d'orientation concernant des aspects spécifiques :

- L'identification et l'évaluation des enfants et des adultes atteints à la fois de TDAH et de TSA
- Interventions et traitements pour les enfants atteints à la fois de TDAH et de TSA
- Intervention et traitements pour les adultes atteints à la fois de TDAH et de TSA

Les discussions au cours des séances en petits groupes ont été animées par les chefs de groupe et résumées par les preneurs de notes. L'orientation méthodologique qui a sous-tendu l'orientation des groupes de discussion était phénoménologique, s'appuyant sur la base de recherche empirique et leur expérience clinique. Les chefs de sous-groupes ont ensuite présenté leurs conclusions à toutes les plateformes de réunion pour un nouveau cycle de discussion et de débat jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint.

L'ensemble de la réunion a été enregistré en audio et ensuite transcrit (les discussions des sous-groupes ont été enregistrées par des preneurs de notes). Le rédacteur médical a regroupé la transcription de la réunion, les présentations électroniques de diapositives et les notes des séances en sous-groupes dans un projet de manuscrit. Celui-ci a ensuite été révisé par l'auteur principal après une nouvelle consultation avec certains auteurs et d'autres collègues experts qui n'avaient pas pu assister à la réunion de consensus. Le projet final a ensuite été distribué à nouveau à tous les auteurs pour qu'ils l'examinent et approuvent le consensus final. Le consensus reflète les opinions des auteurs, basées sur leur expérience pratique et les recherches publiées, et fournit une approche unifiée pour travailler avec des enfants et des adultes atteints de TDAH et de TSA concomitants.

## Résultats

### *Identification et évaluation*

Le tableau 1 présente un résumé du consensus atteint concernant l'identification et l'évaluation du TDAH et du TSA lorsqu'ils se présentent comme un diagnostic comorbide.

<b>Tableau 1 - Recommandations pratiques pour les enfants et les adultes atteints de TDAH et de TSA comorbides : identification et évaluation</b>
1. En raison du niveau de complexité, les évaluations ne devraient être proposées que par des professionnels de la santé ayant une formation et des compétences appropriées.
2. Une évaluation complète doit comprendre des informations détaillées sur le développement et le fonctionnement de la personne dans des contextes s'étendant sur de nombreuses années (voir le texte pour les thèmes). La présentation des symptômes peut changer au fil du temps pour les deux affections.
3. Les entretiens cliniques semi-structurés qui s'appuient explicitement sur des critères de diagnostic peuvent être



utiles car ils aident l'évaluateur à mener à bien un entretien clinique et de développement complet.
4. Un préalable utile à tout entretien consiste à demander au parent/responsable de l'enfant d'examiner les dossiers médicaux, les photographies et les bulletins scolaires relatifs au développement de l'enfant et/ou de réfléchir aux principales transitions dans la vie de l'enfant (comme un déménagement, un changement d'école).
5. L'évaluateur doit adopter une approche parcimonieuse, c'est-à-dire qu'il ne doit pas "compter deux fois" les symptômes présents à la fois dans le TDAH et le TSA.
6. Il est essentiel d'examiner dans quelle mesure le fonctionnement de la personne est adapté à son âge et d'obtenir des exemples de la manière dont les difficultés interfèrent avec son fonctionnement et son développement à la maison et dans les environnements éducatifs ou professionnels.
7. Par rapport aux hommes, les femmes atteintes de TDAH peuvent présenter moins de problèmes comportementaux perturbateurs et celles atteintes de TSA peuvent avoir des capacités intellectuelles plus faibles.
8. L'évaluateur doit tenir compte de l'impact potentiel des questions culturelles, par exemple l'utilisation du contact visuel et le type de jeu.
9. Dans la mesure du possible, les informations collatérales doivent être obtenues auprès de sources indépendantes, par exemple les parents/tuteurs, les entretiens avec les enseignants, l'observation à l'école et/ou dans d'autres environnements, les adultes, la lecture des rapports de l'école, du collègue et/ou de l'emploi.
10. Les informateurs qui sont des membres de la famille peuvent présenter un TDAH ou un TSA (peut-être non diagnostiqué), ce qui peut influencer leur jugement sur le comportement "typique".
11. Les symptômes du TDAH et du TSA peuvent être masqués pour de nombreuses raisons, ce qui peut brouiller le jugement clinique. Par exemple, des mesures d'aménagements peuvent être appliqués à la maison et l'individu peut avoir développé des stratégies compensatoires, qui peuvent minimiser les déficits en matière de communication et d'interaction sociales, et/ou des capacités à "camoufler" les difficultés dans des situations spécifiques ou pendant une courte période.
12. Il existe des taux élevés de comorbidité associés à la fois au TDAH et au TSA, et l'évaluation doit permettre de déterminer si des troubles de comorbidité coexistants sont présents. Les jeunes enfants présentant un diagnostic initial de TSA doivent être suivis en permanence tout au long de leur développement pour détecter le TDAH, en particulier parce que l'âge moyen du diagnostic pour les deux affections est différent.
13. Une évaluation des risques devrait être incluse (voir le texte pour les thèmes) ainsi qu'une évaluation des stratégies dysfonctionnelles. Par exemple, chez les jeunes et les adultes, il peut s'agir de l'abus d'alcool ou de substances pour gérer l'anxiété sociale ou la dépression.
14. L'évaluation des capacités peut être justifiée pour les adultes autistes présentant des déficiences graves qui ont besoin d'un soutien important.
15. Les échelles de notation ne sont pas des instruments de diagnostic mais des outils d'aide au diagnostic et de suivi des progrès cliniques. Si elles sont utilisées pour le dépistage, les personnes qui obtiennent des scores limites (c'est-à-dire qui se situent juste en dessous des seuils) ne doivent pas être exclues de l'orientation vers une évaluation diagnostique clinique complète.
16. Les normes de nombreux outils de dépistage sont souvent basées principalement sur des échantillons masculins, ce qui peut désavantager leur utilisation chez les femmes.
17. Les outils de signalement tels que les représentations visuelles des états d'âme ou les échelles visuelles analogiques permettront à l'évaluateur d'obtenir plus facilement des informations subjectives auprès des personnes qui ont des difficultés à identifier ou à décrire leurs pensées, leurs sentiments et leurs sensations.
18. Les évaluations observationnelles, y compris les tests neuropsychologiques, ne sont pas diagnostiques. Elles complètent la prise de décision clinique en fournissant des informations utiles sur le fonctionnement d'une personne.
19. Une évaluation intellectuelle doit toujours être envisagée, ainsi qu'une évaluation du fonctionnement adaptatif, et un seuil bas doit être appliqué pour leur administration.
20. Une évaluation intellectuelle peut être utile aux enfants et aux jeunes scolarisés ou en formation continue pour déterminer les forces et les faiblesses cognitives, établir les objectifs du traitement et cibler les interventions éducatives appropriées.

21. Dans les deux cas, des profils cognitifs inégaux sont couramment observés en ce qui concerne les aptitudes verbales, les capacités de performance, la mémoire de travail et la vitesse de traitement, reflétant des forces et des faiblesses variables.

22. Le résultat de l'évaluation doit comprendre une formulation diagnostique ainsi qu'une formulation étiologique qui inclut les facteurs de protection, de prédisposition, de déclenchement et de permanence qui alimentent un plan de soins complet qui tient compte des besoins de l'individu et de la manière dont ceux-ci peuvent être satisfaits dans différents contextes (voir le texte pour les thèmes). Il doit également inclure un plan de soutien au comportement positif, qui vise à fournir une approche cohérente entre les différents soignants. Le plan de soins doit être partagé avec toutes les parties concernées, le cas échéant (y compris les établissements d'enseignement, avec l'accord de la personne).

Lorsque l'on procède à une évaluation de l'un ou l'autre de ces troubles ou que l'on envisage la possibilité que les deux se produisent simultanément, il est essentiel d'appliquer une approche d'évaluation multidimensionnelle qui peut inclure l'utilisation de mesures standardisées et semi-standardisées.

Comme le TDAH et le TSA sont tous deux des troubles neurodéveloppementaux complexes, une évaluation complète doit comprendre des informations générales (y compris les antécédents développementaux, cliniques et familiaux, et un examen de l'état mental actuel), des échelles d'évaluation, un entretien de diagnostic clinique (comprenant une évaluation détaillée des symptômes et des exemples de handicap et, si nécessaire, une évaluation des risques), des données d'observation et une évaluation des capacités intellectuelles. L'ensemble des informations obtenues grâce à cette approche guidera la décision diagnostique. Aucun élément d'évaluation ou outil ne doit être concluant pour prendre une décision diagnostique.

Le taux élevé de cooccurrence entre le TDAH et les TSA signifie que les deux affections doivent être prises en compte lorsque l'une d'entre elles est présente ; les TSA peuvent conférer un risque plus élevé de coexistence du TDAH lorsque la prévalence des doubles diagnostics semble être un peu plus élevée [3, 44, 45]. En effet, les jeunes enfants présentant un diagnostic initial de TSA devraient être suivis en permanence tout au long de leur développement pour détecter un TDAH, d'autant plus que l'âge moyen du diagnostic pour les deux affections est différent.

Certaines personnes avec TDAH voient leurs symptômes s'améliorer considérablement au début de l'âge adulte ; d'autres continuent à présenter des symptômes qui provoquent un handicap bien avant le milieu ou la fin de l'âge adulte. À l'adolescence, les personnes atteintes de TSA et/ou de déficience intellectuelle peuvent connaître de légères améliorations de leur fonctionnement social, mais les gains peuvent être limités et leurs difficultés et/ou déficiences persistent tout au long de leur vie [26, 51]. Les symptômes associés à un TSA "léger" peuvent ne pas être reconnus (ou ne pas être prioritaires) chez les enfants présentant des comportements difficiles associés à un TDAH sévère ; cependant, cela peut changer avec l'inversion des priorités au début de l'âge adulte, lorsque les symptômes du TDAH peuvent commencer à se manifester chez de nombreux jeunes. C'est pourquoi une évaluation complète doit être menée pour obtenir des informations détaillées sur le fonctionnement de la personne pendant de nombreuses années. Il est important de bien faire les choses, car un diagnostic neurodéveloppemental peut aider et guider la compréhension et le soutien nécessaire.

Il est donc préoccupant que les évaluations (et les diagnostics) soient effectués par des praticiens ayant une formation et des compétences limitées et sans une appréciation globale de la variation et des particularités de la présentation des deux affections. Les récentes révisions des critères de diagnostic (DSM-5 et CIM-11) ont été substantielles, ce qui souligne encore la nécessité pour les praticiens de santé d'obtenir une formation appropriée pour leur développement professionnel continu. En plus de s'assurer qu'ils ont accès à une formation appropriée, il est essentiel que les praticiens se réfèrent aux critères de diagnostic pour guider leur décision clinique et appliquent les différents outils cliniques disponibles pour la soutenir, plutôt que de se fier à un "sens général" des

conditions. Dans de tels cas, il existe un risque de diagnostic erroné ou manqué. Par exemple, un diagnostic de TSA peut ne pas être posé parce que la personne est capable de maintenir un contact visuel et d'engager des conversations sur des sujets d'intérêt. Un diagnostic de TDAH peut ne pas être posé parce que la personne ne présente pas d'hyperactivité et qu'elle est capable de se concentrer sur un sujet d'intérêt ou un sujet qui lui procure une satisfaction immédiate.

Les recherches sur les différences entre les sexes suggèrent que les filles peuvent être systématiquement sous-identifiées à la fois pour le TDAH et le TSA [52, 53]. Cela peut être dû à de multiples raisons. Les femmes atteintes de TDAH présentent moins de symptômes hyperactifs/impulsifs et plus de symptômes d'inattention que les hommes atteints de TDAH [52, 54]. Cela peut conduire à un biais d'orientation, car elles peuvent ne pas présenter de problèmes comportementaux difficiles à gérer. En effet, les taux inférieurs de comportement perturbateur chez les femmes atteintes de TDAH (par rapport aux hommes) peuvent contribuer à l'écart de 3:1 entre les hommes et les femmes respectivement [14]. De même, il existe un "écart entre les sexes" dans les TSA, mais il est plus marqué à 4:1, respectivement [4]. Les femmes autistes sont plus susceptibles que les hommes de présenter une déficience intellectuelle comorbide ; par conséquent, les personnes qui ne présentent pas de déficience intellectuelle ou de retard de langage peuvent ne pas être reconnues [4]. Il a également été signalé que les femmes peuvent acquérir des compétences sociales superficielles et manifester un comportement stéréotypé plus léger et plus restreint [55], ce qui peut masquer leurs difficultés sociales sous-jacentes. Le problème est encore aggravé par l'utilisation d'échelles d'évaluation, car peu d'entre elles ont des normes distinctes pour les hommes et les femmes, la plupart étant composées d'hommes. Par conséquent, les échelles d'évaluation peuvent ne pas avoir la sensibilité et la spécificité nécessaires pour identifier les symptômes chez les femmes.

Certaines mesures de diagnostic ont été validées dans différents contextes culturels [56, 57], mais la majorité d'entre elles ont été développées et standardisées dans les sociétés occidentales.

Des questions culturelles sont susceptibles d'avoir un impact sur l'évaluation, par exemple, les attentes concernant l'utilisation du contact visuel varient dans différentes parties du monde, et l'hyperactivité dans les pays à faible ou moyen revenu peut être bénéfique dans certains contextes mais difficile dans un système éducatif occidental post-industriel [58]. Il semble que la CIM-11, dans les critères relatifs aux TSA, ne tiendra pas compte du type de jeu auquel les enfants participent, car celui-ci peut être sensible à l'influence culturelle, mais mettra davantage l'accent sur l'approche qu'ils adoptent pour jouer (par exemple, s'ils suivent ou imposent des règles strictes), c'est-à-dire un comportement qui est moins spécifique à la culture. Les questions culturelles peuvent également influencer le diagnostic des enfants atteints de TDAH. Une étude britannique a révélé que les enfants issus de familles asiatiques immigrées étaient jugés par les enseignants beaucoup moins hyperactifs et inattentifs que leurs contemporains anglais blancs, en comparaison avec les variables des actomètres, des observations et des tests psychologiques, le biais de notation reflétant peut-être des attentes plus élevées et/ou des symptômes non remarqués chez les enfants asiatiques [59].

Lors des évaluations neurodéveloppementales, il est courant que les membres de la famille soient impliqués, surtout lors de l'évaluation des enfants, mais aussi des adultes lorsque cela est possible. Les estimations de l'héritabilité des deux affections sont élevées (entre 70 et 80 % pour le TDAH et 37 et > 90 % pour le TSA) [4, 14], et il n'est pas rare que des personnes se présentent pour un premier diagnostic à l'âge adulte suite à un diagnostic d'autisme ou de TDAH dans la famille. Il est donc important de garder à l'esprit que les informateurs qui sont des membres de la famille peuvent également être atteints de TDAH ou de TSA (non diagnostiqués) et que cela peut avoir une incidence sur leur jugement du comportement "typique". Il est donc important pour l'évaluateur d'obtenir des exemples spécifiques de comportement de la part de l'informateur et d'utiliser ces exemples pour porter des jugements cliniquement fondés, plutôt que de se fier à la perception qu'ont

les informateurs de ce qui est "typique" ou "atypique".

Dans la mesure du possible, l'évaluateur doit également obtenir des informations collatérales de sources indépendantes. Une multitude d'informations utiles peuvent être obtenues en observant un enfant à l'école et en parlant directement avec les enseignants. Lors de l'évaluation d'adultes, il peut être utile de consulter les rapports de l'école, du collègue et/ou de l'emploi (s'ils sont disponibles).

En raison des taux élevés de comorbidité signalés chez les personnes atteintes de TSA ou de TDAH (voir la section "Contexte"), les praticiens doivent toujours envisager les éventuels états de comorbidité. En général, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de développer des conditions d'internalisation (par exemple, anxiété, dépression), tandis que les hommes sont plus susceptibles de développer des conditions d'externalisation (par exemple, troubles du comportement). Les résultats positifs peuvent être entravés par des troubles mentaux concomitants non reconnus et non traités. Le handicap intellectuel est l'une des comorbidités les plus courantes du TDAH et du TSA, respectivement 46 % [60] et jusqu'à 70 % [61]. Les adultes atteints de TSA et de déficiences graves nécessitant un soutien important peuvent ne pas être capables de prendre des décisions (ce qui est moins probable pour les personnes atteintes de TDAH sans TSA concomitant) ; une évaluation de la capacité peut donc être justifiée. Il convient de gérer cette situation avec soin et sensibilité, en particulier lorsqu'il existe un décalage entre les souhaits de la personne et ceux de sa famille ou de ses soignants.

Les symptômes du TDAH et des TSA peuvent être masqués pour de nombreuses raisons, ce qui peut brouiller le jugement clinique. Des aménagements environnementaux peuvent être appliqués à la maison, par exemple les sorties en famille, les événements sociaux et les voyages scolaires peuvent être évités afin d'éviter des "effondrements" émotionnels embarrassants en public. Comme il est souvent plus facile de procéder à des aménagements à la maison qu'à l'école, il se peut que les troubles du fonctionnement ne semblent pas être généralisés dans tous les milieux. Les adultes peuvent également faire des aménagements ; les adultes atteints de TDAH peuvent choisir des professions qui ne sont pas "liées au bureau", ce qui maximise les possibilités d'être créatif et/ou stimulé et minimise le besoin de compétences administratives et organisationnelles. Les adultes autistes peuvent choisir et être très appréciés dans des professions qui correspondent à leurs intérêts et compétences spécifiques.

Les symptômes peuvent également être masqués par des stratégies compensatoires et des mécanismes d'adaptation, ce qui peut conduire à une sous-estimation de leurs difficultés sous-jacentes. Il n'est pas rare que ces techniques aient été développées à l'âge adulte (en particulier par les personnes dont les capacités linguistiques et intellectuelles sont plus fortes). Elles permettent généralement à l'individu de se comporter d'une manière acceptable en public pendant une courte période et/ou dans un cadre spécifique. Ces "comportements de camouflage" ont généralement un but adaptatif ou fonctionnel. Par exemple, les adultes atteints de TSA peuvent développer une bonne compréhension des attentes sociales dans des situations formelles (comme une consultation limitée dans le temps avec des professionnels de la santé). Les adultes atteints de TDAH peuvent employer des stratégies pour rester concentrés et/ou contrôler l'envie de bouger lors d'un rendez-vous ou d'une réunion importante.

Néanmoins, il faut faire de gros efforts pour maintenir une façade sociale de cette nature pendant un certain temps, ce qui peut provoquer chez l'individu un sentiment de fatigue, de stress et de détresse.

Les stratégies et les mécanismes appliqués ne sont pas toujours adaptatifs et fonctionnels ; l'évaluateur doit cependant être attentif aux stratégies appliquées qui sont dysfonctionnelles. Celles-ci peuvent être évidentes, comme la consommation d'alcool ou de drogues illicites pour gérer l'anxiété sociale ou la dépression. D'autres peuvent être moins évidentes, comme le fait d'éviter des événements, des lieux et/ou des personnes spécifiques, de ne pas faire face aux difficultés et aux problèmes, de se replier sur soi-même et de passer trop de temps enfermé dans une chambre en

ligne et/ou de ne pas adopter des comportements de recherche d'aide. Certaines personnes peuvent chercher à se constituer un réseau social en nouant des relations préjudiciables, comme rejoindre un gang, se rendre sexuellement disponible, se livrer à des pratiques sexuelles de promiscuité et dangereuses et/ou être utilisées par d'autres pour des activités criminelles.

Il peut sembler y avoir un chevauchement des symptômes entre les deux conditions, ce qui peut compliquer l'évaluation clinique. Les échelles d'évaluation peuvent ne pas prendre en compte les différences qualitatives dans la présentation, en particulier lorsque celles-ci sont subtiles, ce qui oblige l'évaluateur à rechercher des exemples détaillés de comportement. Par exemple, en cas de réciprocité sociale anormale, une personne atteinte de TDAH peut être trop bavarde et dominer une conversation, parler avec énergie et passion, parler trop fort, se tenir trop près, être fuyante et changer fréquemment de sujet, perdre le fil de sa pensée au milieu d'une phrase, interrompre les conversations des gens et illustrer ce qu'ils disent par des gestes. Une personne atteinte de TSA peut être trop bavarde et dominer une conversation concernant un intérêt particulier, s'en tenir dogmatiquement à ce sujet et ramener la conversation à celui-ci lorsque l'autre personne essaie de parler d'autre chose. Elle peut éviter le contact visuel, le ton et le style de conversation peuvent sembler "plats", et elle semble avoir un intérêt limité pour l'autre personne et ne pas connaître les règles et les indices sociaux (par exemple, ne pas poser de questions, faire des commentaires inappropriés). Ces deux exemples indiquent une réciprocité sociale limitée, mais la qualité clinique des déficits est nettement différente.

Une personne présentant un TDAH et un TSA concomitants peut présenter une combinaison de ces deux caractéristiques dans différentes situations. Toutefois, pour répondre aux critères de diagnostic d'une comorbidité supplémentaire, il faut disposer de suffisamment de preuves pour le second diagnostic en plus de ce qui serait attendu pour le premier. L'évaluateur doit donc adopter une approche parcimonieuse, c'est-à-dire qu'il ne doit pas "compter deux fois" les symptômes. Par exemple, si la "volubilité" a été classée comme un symptôme de TDAH, elle ne doit être recomptée comme un symptôme de TSA que si elle est nettement différente (c'est-à-dire étrange et monotone). De même, si l'envahissement de l'espace personnel a déjà été compté comme un symptôme de TDAH, il ne doit pas être compté à nouveau comme un symptôme de TSA.

## ***Échelles de notation***

Les échelles de notation peuvent être utilisées à deux fins : (1) pour dépister une affection suspecte et (2) pour surveiller les réactions aux traitements et aux interventions. Les échelles de notation sont souvent utilisées pour faciliter l'évaluation clinique et constituent des outils utiles pour surveiller les progrès cliniques ; toutefois, lorsqu'elles sont utilisées à des fins de dépistage, il faut garder à l'esprit qu'elles sont des marqueurs non spécifiques de problèmes potentiels, dont les résultats doivent être interprétés avec prudence [62]. Le respect rigoureux des seuils risque d'entraîner une forte proportion de faux positifs et négatifs, ainsi que des inquiétudes et une anxiété inutiles chez les personnes qui s'occupent des enfants et les aidants.

Il existe de nombreuses échelles de notation disponibles, avec des mérites et des limites variables, et nous en présentons dans le tableau 2 quelques-unes qui sont d'usage courant au Royaume-Uni. Certaines sont disponibles en plusieurs langues et celles qui sont gratuites sont indiquées par un astérisque (\*).

<b>Tableau 2 - Informations complémentaires : échelles d'évaluation et entretiens cliniques couramment utilisés au Royaume-Uni (ceux qui sont gratuits sont indiqués par un astérisque)</b>
<i><b>Échelles d'évaluation spécifiques à l'autisme</b></i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaire de communication sociale (Social Communication Questionnaire - SCQ) à utiliser avec les personnes âgées de 2 ans et plus [63].</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelle de réactivité sociale SRS-2 (âge 2½ +) (Social Responsiveness Scale) [64]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste de contrôle des troubles sociaux et de la communication (Social and Communication Disorders Checklist - SCDC) (3-19 ans) [65]</li> </ul>
<i><b>Échelles d'évaluation spécifiques au TDAH</b></i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelles d'évaluation globale du comportement de Conners (Conners' Comprehensive Behavior Rating Scales - CBRS) pour identifier le TDAH et les états comorbides (6-18 ans) [66].</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelles d'évaluation des adultes de Conners (Conners' Adult Rating Scales - CAARS) (18 ans et plus) [67].</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelle d'évaluation SNAP-IV* (6-18 ans) [68].</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelle d'auto-évaluation du TDAH chez l'adulte (ASRS)* (18 ans et plus) [69]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelles d'auto-évaluation et d'information RATE et RATE-C* (pour les enfants de 8 à 11 ans et les adultes de 16 à 54 ans) [70]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'échelle d'évaluation diagnostique du TDAH de Vanderbilt (Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale - VADRS) [71, 72]</li> </ul>
<i><b>Échelles d'évaluation adaptées à la fois aux TSA et aux TDAH</b></i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kiddie-SADS DSM-5 Screen Interview (K-SADS-PL)* (6-18 ans) [73, 74]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaire sur les points forts et les difficultés (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) (2-17 ans) [75]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation du développement et du bien-être (Development and Well-being Assessment - DAWBA) (5-17 ans) [76, 77]</li> </ul>
<i><b>Entretiens cliniques spécifiques à l'autisme</b></i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien diagnostique du spectre autistique (Diagnostic Autism Spectrum Interview - DASI)* (âge &gt; 2 ans) [78]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien diagnostique révisé sur l'autisme (ADI-R) (âge &gt; 2 ans) [79]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien diagnostique pour les troubles de la communication sociale (Diagnostic Interview for Social Communication Disorders - DISCO) (tranche d'âge non précisée) [80].</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien développemental, dimensionnel et diagnostique [Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview - 3Di] (entretien informatisé très structuré ; &gt; 2 ans) [81]</li> </ul>
<i><b>Entretiens cliniques spécifiques au TDAH</b></i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADHD Child Interview (ACE)* et la version adulte, ACE+* (5-16 et &gt; 16 ans respectivement) [82, 83].</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien diagnostique du TDAH chez l'adulte (Diagnostic Interview of Adult ADHD - DIVA-2)* (limite d'âge inférieure non précisée) [84].</li> </ul>
<i><b>Entretiens cliniques adaptés à la fois aux TSA et au TDAH</b></i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation du développement et du bien-être (Development and Well-being Assessment - DAWBA) (5-17 ans) [76, 77]</li> </ul>

Le questionnaire sur les forces et les difficultés (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) est un outil de dépistage comportemental bref largement utilisé qui évalue les symptômes émotionnels, les problèmes de comportement, l'hyperactivité/inattention, les problèmes de relations avec les pairs et le comportement antisocial chez les enfants âgés de 3 à 16 ans. Traduit dans plus de 80 langues, il

s'agit donc d'une échelle d'évaluation utile à utiliser chez les enfants souffrant à la fois de TDAH et de TSA. Selon les circonstances, l'utilisation du SDQ est payante.

Certaines populations spécifiques (comme les femmes, les jeunes enfants, les jeunes à haut niveau de fonctionnement et les personnes souffrant d'un handicap intellectuel) peuvent avoir besoin d'adaptations de l'échelle d'évaluation, si l'on ne peut pas identifier une échelle qui réponde mieux à leurs capacités fonctionnelles. Par exemple, il est fréquent que les personnes autistes (avec ou sans déficience intellectuelle) éprouvent des difficultés à identifier ou à décrire leurs pensées, leurs sentiments et leurs sensations.

Dans ce cas, des outils d'observation tels que des représentations visuelles des états d'âme, des échelles visuelles analogiques, des croquis et des dessins peuvent être des aides utiles. Il est important de garder à l'esprit que les normes de nombreux outils de dépistage sont souvent basées principalement sur des échantillons masculins, ce qui peut désavantager leur utilisation chez les femmes (auquel cas il faut mettre davantage l'accent sur les interventions des aidants et les rapports scolaires si les normes féminines ne sont pas disponibles).

Les échelles d'évaluation pour une utilisation chez des adultes reposent souvent sur l'auto-évaluation. Les adultes ayant des difficultés d'apprentissage ou motrices spécifiques peuvent avoir besoin d'un soutien pour les remplir. Un autre problème est que certaines personnes (mais pas toutes) peuvent avoir une idée limitée de leurs difficultés actuelles et passées (c'est le cas des personnes de tout âge, avec ou sans déficience intellectuelle). Pour les personnes atteintes de TSA, un problème supplémentaire peut se poser pour celles qui ont des problèmes de langage, par exemple, elles peuvent être confrontées à des formulations apparemment arbitraires et/ou à des concepts indéfinis (par exemple, devoir choisir la fréquence d'un comportement parmi un choix de termes tels que "occasionnellement" et "parfois"). Les personnes atteintes de TDAH ont tendance à faire des erreurs d'inattention en raison d'un manque de concentration, et il n'est pas rare que des éléments soient complètement omis dans les questionnaires et/ou que plusieurs réponses soient reprises par accident sur une échelle. C'est pourquoi les réponses aux questionnaires doivent être soigneusement vérifiées et, dans certains cas, interprétées avec prudence.

Si l'on accepte les limites des échelles de notation utilisées pour le dépistage décrites ci-dessus lorsqu'elles sont utilisées dans des contextes cliniques, il peut être utile d'utiliser des échelles de notation pour dépister les enfants scolarisés qui sont régulièrement exclus de l'école et/ou qui obtiennent des résultats scolaires insuffisants. De même, il peut être utile de dépister les enfants à risque dans le cadre de l'aide sociale.

## ***Entretien clinique***

L'entretien doit toujours commencer par les préoccupations actuelles ainsi que par des informations générales (y compris les antécédents familiaux, psychiatriques et médicaux) et se poursuivre par l'obtention d'un historique détaillé du développement et des antécédents cliniques qui évalue l'apparition, la trajectoire, la persistance et l'omniprésence des symptômes, car cela permettra de différencier le TDAH, le TSA et d'autres affections comorbides. Un examen de l'état mental actuel doit toujours être inclus car il est utile pour indiquer la présence de troubles psychiatriques comorbides et pour évaluer le risque. Si cela est indiqué, certaines personnes peuvent avoir besoin d'être orientées vers un trouble de la coordination du développement [dyspraxie].

Il est essentiel d'examiner dans quelle mesure le fonctionnement de l'individu est adapté à son âge et à son développement. L'âge chronologique d'un enfant est lié à sa date de naissance et peut être très différent de son âge de développement. Leur âge de développement est l'âge auquel ils fonctionnent émotionnellement, physiquement, cognitivement et socialement. Par exemple, un enfant peut avoir 12 ans, mais sur le plan du développement, il manifeste des émotions ou des comportements qui le

font paraître beaucoup plus jeune. Il est donc important de ne pas se concentrer uniquement sur les limites intellectuelles ou l'âge chronologique d'un enfant, mais de tenir compte des limites de son développement de manière plus générale. Par exemple, un enfant de 12 ans peut avoir un QI qui se situe dans des limites normales, mais son fonctionnement émotionnel et social peut être très différent de celui d'autres enfants et ne pas correspondre à son développement. Il convient donc de prendre en compte le fonctionnement développemental plus large de l'enfant.

Les facteurs environnementaux peuvent également être importants. Il est important d'obtenir des exemples de la manière dont les difficultés interfèrent dans le fonctionnement et le développement de la personne à la maison et dans les environnements éducatifs/travail. Par exemple, existe-t-il des facteurs et des dynamiques défavorables qui exacerbent les symptômes et affectent la capacité de la personne à faire face à la situation ? L'éclairage fluorescent ou intense, les températures chaudes ou froides, les odeurs de désodorisant ou d'animaux domestiques, l'encombrement général ou les bruits de la télévision, des trains ou de la circulation routière ont-ils un effet négatif ? Ces facteurs peuvent-ils être modifiés ou la réaction de l'individu à ces facteurs peut-elle être modifiée ?

Les entretiens de diagnostic clinique semi-structurés sont particulièrement utiles car ils guident le professionnel de la santé pour mener à bien un entretien clinique et de développement complet. Les entretiens cliniques sont moins nombreux que les échelles de notation et, comme ces dernières, ils ont des mérites et des limites variables. Nous présentons dans le tableau 2 quelques-uns de ces entretiens qui sont couramment utilisés au Royaume-Uni. Certaines sont disponibles en plusieurs langues et ceux qui sont gratuits sont indiqués par un astérisque (\*).

L'administration d'entretiens semi-structurés et structurés peut exiger beaucoup de ressources et être coûteuse. Il ressort de ce qui précède que la plupart des entretiens cliniques spécifiques à l'autisme doivent être achetés, alors que la plupart des entretiens spécifiques à l'évaluation du TDAH sont gratuits. La plupart d'entre eux doivent être administrés par des professionnels formés à cet effet. Les entretiens cliniques pour le TDAH tels que l'ACE, l'ACE+ et le DIVA-2 ont été développés pour correspondre directement aux critères de diagnostic, mais la plupart des entretiens pour l'autisme ne l'ont pas fait ;

Par conséquent, si l'on utilise l'ADI-R par exemple, il est conseillé de le faire manuellement (c'est-à-dire en croisant les informations obtenues lors de l'entretien avec les critères de diagnostic). Le Diagnostic Autism Spectrum Interview (DASI) [78], récemment lancé, s'appuie également directement sur les critères de diagnostic et est, à notre connaissance, le seul outil de diagnostic de l'autisme qui soit gratuit. Tout en "associant" les informations cliniques aux critères de diagnostic, la persistance et l'omniprésence des symptômes doivent être prises en compte, ainsi que les diagnostics différentiels. Dans les cas complexes, cela nécessite une équipe multidisciplinaire compétente et expérimentée. ACE et ACE+ sont les seuls entretiens cliniques qui comprennent une option intégrale permettant à l'évaluateur d'appliquer les critères du DSM ou de la CIM et d'inclure une invite à considérer les conditions de comorbidité. Pour l'autisme, le DASI comprend également une invite à prendre en compte les affections comorbides. La DAWBA peut être utilisée pour évaluer en même temps les TSA, les TDAH et les comorbidités associées. Son format est modulaire grâce à un "paquet" de questionnaires conçus pour établir une série de diagnostics psychiatriques qui peuvent être remplis en ligne (à l'aide d'un auto-rapport ou d'un rapport fourni par un informateur, selon le cas) ou par le biais d'un entretien.

L'évaluation des risques de préjudice pour soi-même et pour les autres, ainsi que de préjudice causé par les autres, doit être incluse dans l'évaluation du TDAH et du TSA. Les vulnérabilités associées aux personnes atteintes de ces deux troubles peuvent accroître encore les risques. Il est prouvé que les adolescents atteints de TSA sont plus exposés au risque de pensées suicidaires, de projets suicidaires et d'automutilation dans une intention suicidaire que les jeunes ne souffrant pas de TSA (46) ; des preuves similaires ont également été trouvées pour les personnes souffrant de TDAH (84).



Les jeunes atteints de TSA et dont le QI se situe dans la moyenne semblent être particulièrement à risque [85]. Bien qu'il soit prouvé que cette association se manifeste à l'adolescence, les cliniciens ont déclaré lors de la réunion qu'il s'agit également d'un problème grave chez les jeunes enfants. Le groupe s'est inquiété du fait que les jeunes autistes puissent agir sur des idéations suicidaires en raison de leur tendance à adhérer rigide­ment aux idées. Les jeunes atteints de TDAH, en revanche, peuvent être distraits et/ou faire des plans inadéquats. Ils peuvent néanmoins agir de manière impulsive sur une idée (tout comme les jeunes autistes).

Il convient donc d'inclure une évaluation des risques pour les enfants et les jeunes, ainsi que pour les adultes, qui s'enquiert des idées suicidaires, de la consommation de drogues/substances illicites et d'alcool, des attitudes et comportements antisociaux, de tout dommage causé à soi-même et aux autres, ou par d'autres personnes, de l'utilisation excessive d'Internet, des pratiques sexuelles dangereuses, de la victimisation des brimades et des agressions, et de l'exploitation sexuelle/financière/sociale. Pour les personnes autistes, l'évaluation des risques doit tenir compte des déficits sensoriels, comme le fait de ne pas être conscient de la douleur ou de changements de température importants.

Lors d'évaluations cliniques chez les adultes, il convient d'obtenir, si possible, un historique du développement, ce qui peut être difficile lorsque celui-ci est autodéclaré. Dans la mesure du possible, ces informations doivent être fournies par un informateur, tel qu'un aidant ou un soignant, bien que cela puisse également être difficile en raison du temps qui passe. Il peut être utile de demander à la personne qui s'occupe de l'enfant d'examiner les dossiers de santé relatifs au développement de l'enfant, les photographies et les bulletins scolaires et/ou de réfléchir aux principales transitions dans la vie de l'enfant (comme un déménagement, un changement d'école). Cependant, l'évaluateur doit être conscient de la nécessité que les symptômes soient constants et omniprésents dans le temps et dans les différents milieux ; les difficultés ne doivent pas être mieux expliquées par un événement spécifique à la situation qui a nécessité l'adaptation de l'enfant à un changement substantiel dans sa vie (comme un déménagement de la maison ou de l'école). L'évaluateur doit également examiner si les difficultés sont masquées par des stratégies compensatoires et/ou des " aménagements " (c'est-à-dire des adaptations) effectués par d'autres personnes.

Dans certains cas, il se peut qu'il n'y ait pas d'intervention de la part d'une personne qui s'occupe de l'enfant, auquel cas des informations collatérales doivent être obtenues auprès d'un autre membre de la famille proche. S'il n'est pas possible d'identifier un informateur approprié qui connaissait bien (et se souvenait) de la personne pendant sa petite enfance, il est utile d'obtenir des informations d'un informateur qui connaît bien la personne actuellement (par exemple, un partenaire) car il peut compléter les informations fournies par l'intéressé avec une perspective objective. S'ils sont disponibles, les rapports d'enfance (par exemple, les rapports scolaires, les rapports des services sociaux et/ou les rapports cliniques antérieurs) sont susceptibles d'être instructifs.

## ***Évaluations objectives***

Les évaluations objectives vont de l'observation directe d'un individu dans un cadre spécifique (par exemple, en consultation, à la maison ou à l'école) qui fournit des informations qualitatives sur le comportement de l'individu à des évaluations standardisées qui comparent le comportement ou les performances d'un individu à des normes obtenues auprès d'une population générale et/ou d'autres populations spécifiques. L'évaluateur doit être attentif aux mises en garde qui peuvent influencer les résultats.

Par exemple, si l'individu se trouve dans un nouvel environnement et/ou a conscience d'être observé, il peut sembler plus apte socialement que d'habitude en raison de "compétences superficielles" qu'il est capable d'appliquer et de gérer pendant une courte période. En particulier,

l'utilisation de stratégies compensatoires peut minimiser les déficits de communication et d'interaction sociales. En ce qui concerne les tests plus formels, les problèmes de mobilité peuvent limiter les performances et/ou l'individu peut être relativement performant dans des tâches nouvelles, en particulier lorsque celles-ci sont effectuées par le biais d'un moyen présentant un intérêt (par exemple, des tests informatisés). En outre, l'environnement du test est souvent conçu de manière à optimiser les performances (c'est-à-dire qu'il est mené dans une salle calme qui minimise les distractions par un évaluateur qui accorde une attention individuelle pour s'assurer que la personne comprend les instructions du test et qui lui fournit des indications, des encouragements et un retour d'information). Par conséquent, les résultats peuvent manquer de validité écologique car ils ne reflètent pas nécessairement les performances dans le "monde réel".

L'Autism Diagnostic Observation Schedule Second Edition (ADOS-2) [86, 87] est une mesure standardisée semi-structurée largement utilisée pour mesurer la communication, l'interaction sociale, le jeu/l'imagination et les comportements restreints/répétitifs. Il est utilisé avec les personnes qui ont un TSA présumé. L'ADOS-2 exige qu'un évaluateur formé administre des tâches et des questions structurées et semi-structurées pour obtenir une série de réponses chez les enfants (y compris les tout-petits) et les adultes. Bien que le titre inclue le "diagnostic", il ne s'agit pas d'un instrument de diagnostic mais d'une mesure utile à utiliser pour soutenir une évaluation clinique. Les femmes peuvent développer des compétences sociales superficielles acquises, qui peuvent "camoufler" les difficultés sous-jacentes ou présenter des comportements stéréotypés restrictifs plus légers [55], ce qui les amène à obtenir un score plus faible à l'ADOS-2 que les hommes.

Une évaluation intellectuelle doit toujours être envisagée (en particulier dans les cas où l'on soupçonne une déficience intellectuelle ou un profil cognitif inégal). Les praticiens devraient maintenir un seuil bas pour l'administration des versions les plus récentes des tests cognitifs disponibles tels que les échelles d'intelligence de Wechsler pour les enfants ou les adultes (c'est-à-dire actuellement le WAIS-IV et le WISC-5 [88, 89] ainsi qu'une évaluation du fonctionnement adaptatif, comme l'ABAS-3 [90] ou le Vineland-3 [91]). La batterie d'évaluation de Kaufman pour les enfants (KABC-II NU) est une mesure des capacités cognitives qui est culturellement juste et comprend une option non verbale et des échantillons de standardisation qui incluent des personnes avec TSA et TDAH [92]. Les évaluations cognitives de cette nature serviront de base à l'approche du traitement psychologique, car les personnes ayant de faibles capacités intellectuelles et/ou de faibles aptitudes verbales peuvent mieux réagir aux interventions qui se concentrent davantage sur une approche comportementale délivrée directement à la personne et/ou par l'intermédiaire d'interventions de soignants/aidants.

Dans les deux cas, on observe couramment des profils cognitifs inégaux qui peuvent compliquer la détermination des capacités intellectuelles générales d'un individu (c'est-à-dire le QI complet). Dans ce cas, il est plus instructif de se concentrer sur les quatre sous-échelles ou indices intellectuels individuels qui résument les capacités verbales, les capacités de performance, la mémoire de travail et la vitesse de traitement de la personne. L'inclusion d'une évaluation intellectuelle est particulièrement utile tant pour les jeunes en formation scolaire/permanente que pour les adultes car elle fournit des informations sur les forces et les faiblesses cognitives de l'individu, qui à leur tour informent les objectifs de traitement en indiquant les domaines spécifiques de faiblesse cognitive qui peuvent ensuite être ciblés par des interventions appropriées dans les milieux éducatifs.

Les tests neuropsychologiques ne sont ni nécessaires ni suffisants pour poser un diagnostic de TDAH ; cependant, les tests qui évaluent les dysfonctionnements exécutifs sont utiles pour déterminer les déficits dans les compétences de traitement d'ordre supérieur telles que la commutation de tâches, la persévération, la planification, l'ordonnancement et l'organisation de l'information. Certains ont été spécifiquement développés pour être utilisés avec une population de TDAH et se concentrent sur l'évaluation de l'attention, de l'impulsivité et de la vigilance chez les enfants et les adultes, par exemple les tâches Go-No-Go, les tâches Stop et les tests de performance

continue. Les tests les plus couramment utilisés en pratique clinique sont le Conners' Continuous Performance Test, troisième édition (CPT 3 [8 ans et plus]) [93] et le QbTest [94]. Ces tests ne sont pas des marqueurs spécifiques du TDAH, mais ils améliorent la prise de décision clinique en fournissant des informations utiles sur le fonctionnement cognitif d'une personne. L'évaluateur doit être conscient des limites des tests formels et des environnements de test évoqués ci-dessus.

## **Résultat de l'évaluation**

Le résultat de l'évaluation doit comprendre une formulation diagnostique ainsi qu'une formulation étiologique qui inclut les facteurs de protection, de prédisposition, de déclenchement et de permanence qui informent un plan de soins complet qui tient compte des besoins de l'individu et de la manière dont ceux-ci peuvent être satisfaits dans tous les contextes.

Il peut s'agir d'interventions pharmacologiques et/ou psychologiques suggérées pour gérer les difficultés concomitantes telles que l'anxiété ou la dépression, pour minimiser les risques présentés, les difficultés de communication sociale et de comportement et pour améliorer les compétences cognitives, les aptitudes aux études et les compétences sociales. Pour les enfants et les jeunes scolarisés ou en formation continue, une formulation complète des forces et des difficultés actuelles pourrait être partagée avec les établissements d'enseignement et les autres professionnels impliqués dans leur prise en charge, si le jeune y consent. Un rapport d'évaluation clinique complet doit être transmis au patient et à la personne de référence. Voir le tableau 3 pour un résumé du contenu suggéré.

<b>Tableau 3 - Informations complémentaires : contenu du rapport d'évaluation clinique</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic et formulation étiologique.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes actuels présentés (par exemple, santé physique (y compris présence/absence de contre-indication du patient ou de la famille à l'utilisation de médicaments contre le TDAH, anomalies génétiques connues, problèmes gastro-intestinaux ou immunitaires, sommeil, allergies), états psychiatriques comorbides et problèmes associés) et traitement actuel (psychologique ou pharmacologique).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats spécifiques d'un entretien clinique (intégrant les informations de la personne et des informateurs, le cas échéant) s'appliquent aux critères de diagnostic du DSM ou du CIM.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'ils sont administrés, les résultats d'évaluations observationnelles (qualitatives et semi-structurées) et/ou les résultats de tests standardisés (par exemple, échelles de notation, évaluations cognitives et linguistiques, tests neuropsychologiques) qui soutiennent la décision clinique prise.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats de l'évaluation des risques et prise en compte des difficultés futures (par exemple, transitions personnelles, cliniques, éducatives et sociales).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les facteurs qui peuvent conduire à masquer ou à modérer le comportement dans différents contextes, par exemple les stratégies compensatoires ou les aménagements à la maison ou à l'école (à la fois fonctionnels et dysfonctionnels), les attentes réalistes en matière de comportement et de résultats.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en compte des forces et des faiblesses (tant en termes de réseaux personnels, familiaux qu'externes).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le niveau de soutien requis dans tous les contextes et la manière dont il pourrait être fourni ou amélioré.</li> </ul>

- Interventions appropriées (par exemple, psychoéducation pour l'individu, les parents/tuteurs, les enseignants ; aménagements de l'environnement pouvant être effectués à la maison, dans un cadre éducatif et/ou autre ; interventions par les parents ; travail individuel utilisant un paradigme cognitivo-comportemental pour améliorer les stratégies d'adaptation et développer les compétences et déterminer si cela doit être davantage axé sur les interventions comportementales). Il convient également de préciser le mode d'intervention approprié, par exemple si la personne peut gérer des interventions individuelles et/ou de groupe ou si celles-ci doivent être appliquées indirectement via les parents/aidants et les changements environnementaux (idéalement un mélange des deux).
- Besoins d'évaluation supplémentaires, si nécessaire (par exemple, observation ou analyse fonctionnelle du comportement dans des contextes spécifiques, trouble de la coordination du développement)
- Recommandations pour les évaluations des aidants locaux pour les parents/partenaires, ou les évaluations des adultes vulnérables pour les patients, selon le cas.

## Interventions non pharmacologiques pour le TDAH et les TSA

Les personnes atteintes de TDAH et de TSA comorbides présentent des niveaux de complexité supplémentaires, nécessitant souvent des interventions psychologiques et/ou environnementales. Afin de maximiser la probabilité de résultats positifs de toute intervention thérapeutique, l'influence du contexte relationnel et situationnel de l'individu doit être prise en compte. Cela inclut à la fois le domicile et l'environnement éducatif/travail. Il peut y avoir des facteurs et des dynamiques défavorables qui exacerbent les symptômes et affectent la capacité de la personne à faire face, tels qu'un éclairage fluorescent ou sévère, des températures, des odeurs (désodorisants ou animaux domestiques), des bruits de sources internes (par exemple, la télévision) ou externes (par exemple, les trains ou la circulation routière), des panneaux peu clairs (par exemple, pour les toilettes) et/ou un environnement encombré avec des obstacles qu'elle doit franchir. Une approche systémique est donc conseillée.

En raison de la présentation unique et des difficultés rencontrées par les enfants et les adultes atteints de TDAH et de TSA, les interventions non pharmacologiques doivent être adaptées pour répondre à leurs besoins individuels. Il peut s'agir de changements "internes" que l'individu peut effectuer lui-même (par exemple en développant des mécanismes d'adaptation fonctionnels et des techniques d'adaptation qu'il peut appliquer) ainsi que de changements "externes" qui peuvent être effectués dans l'environnement (par exemple des adaptations systémiques en collaboration avec la famille/les aidants et/ou l'école afin d'optimiser les résultats). L'approche adoptée dépend du niveau de développement de l'individu, de sa présentation clinique et comportementale et de ses aptitudes à la communication sociale.

Il est important de s'assurer que les personnes et/ou les interventions des aidants ont des attentes réalistes quant aux capacités du patient et à ce qui peut être atteint par les interventions (médicales et non médicales). La justification de la prise de médicaments, s'ils sont prescrits, doit être expliquée (par exemple, ce qu'ils sont, comment ils fonctionnent, ce qu'ils font, pourquoi ils les prennent, quelles sont les attentes). Cette approche favorisera la compréhension et la collaboration personnelle, ce qui aidera à respecter la prescription.

En raison des estimations élevées de l'héritabilité des troubles du développement neurologique, certaines interventions des aidants peuvent également présenter des symptômes de TDAH et/ou de TSA, c'est pourquoi les interventions ciblant les aidants doivent être réalisées de manière à faciliter l'acquisition de connaissances et de compétences.

Nous considérons ci-dessous les interventions spécifiques pour (1) le travail avec les enfants, les jeunes et leurs aidants et (2) le travail avec les adultes. Il est important que les plans d'intervention proposés soient inclus dans le plan de prise en charge de la personne et partagés avec tout le personnel concerné. Les plans de soutien au comportement positif visent à assurer la cohérence des interventions entre les différents aidants ou intervenants et la personne. Cela permettra aux aidants et au personnel de mieux connaître et comprendre les signes avant-coureurs (tant externes que dans l'exemple, mais aussi les comportements précurseurs de l'individu qui peuvent indiquer qu'une explosion émotionnelle est imminente) et de développer des stratégies proactives.

### ***Travailler avec les enfants, les jeunes et leurs intervenants/soignants***

Un résumé du consensus atteint concernant les interventions cliniques non pharmacologiques pour les enfants et les adolescents atteints de TDAH et de TSA comorbides est présenté dans le tableau 4.

**Tableau 4 - Recommandations pratiques pour les enfants et les adolescents atteints de TDAH et de TSA comorbides : interventions cliniques non pharmacologiques**

1. Dans la mesure du possible, proposer une psychoéducation, tant au jeune qu'à ses parents/aidants, en adoptant une approche fondée sur la vie entière. Des séances de suivi sont essentielles pour fournir des informations et un soutien et pour définir les principaux points de transition (voir le texte pour les thèmes).
2. S'assurer que les individus et/ou les parents/aidants ont des attentes réalistes quant aux capacités de l'enfant et à ce qui peut être réalisé par des interventions (médicales et non médicales).
3. Les programmes psychoéducatifs devraient être différents pour les enfants et les adolescents, ces derniers comprenant des questions relatives à la transition, à la sexualité et aux risques.
4. Les interventions de soutien aux parents/aidants offrent un "espace" de soutien et de confinement où les utilisateurs des services peuvent se rencontrer et partager leurs expériences. L'accent est principalement mis sur le parent/l'aidant, l'enfant étant le bénéficiaire indirect (voir le texte pour les thèmes).
5. Reconnaître les difficultés rencontrées par les parents/aidants pour faire face à un enfant ayant des besoins complexes au quotidien en incluant un contenu qui aidera les parents/aidants à gérer leurs propres sentiments d'isolement, de stress, d'anxiété et de dépression.
6. Les interventions par les parents/aidants apprennent aux parents/aidants à faire des interventions comportementales et environnementales auprès de leur enfant. Le parent ou l'aidant est l'agent du changement et l'enfant en est le bénéficiaire direct (voir le texte pour les thèmes).
7. Une analyse fonctionnelle du comportement est une technique d'observation qui enregistre systématiquement les antécédents, les comportements et les conséquences du comportement. Elle est utile pour donner un aperçu des déclencheurs de comportements difficiles et des facteurs qui entretiennent le comportement. En retour, cela permet d'éclairer la méthode et les objectifs du traitement.
8. Les approches cognitives (y compris la thérapie de remédiation cognitive [TRC] et la thérapie cognitivo-comportementale [TCC]) sont plus adaptées aux jeunes adolescents qu'aux jeunes enfants, bien que l'équilibre entre les interventions cognitives et comportementales doive parfois favoriser ces dernières lorsqu'il s'agit de traiter des enfants atteints de TDAH et de TSA coexistants (voir le texte pour les thèmes).
9. Un nombre accru de séances peut être nécessaire, les séances étant dispensées à un rythme plus lent, de plus courte durée et/ou comprenant des pauses en milieu de séance. Une plus grande structuration et l'adhésion à un programme clair contribueront à réduire l'incertitude et l'anxiété. Des adaptations de l'environnement peuvent être nécessaires pour minimiser l'inconfort et les distractions sensorielles (par exemple, la sensibilité à la lumière, aux odeurs et aux sons).
10. Il est utile d'inclure les parents/aidants (et les enseignants le cas échéant) pour aider le jeune à appliquer les techniques apprises en thérapie dans différents contextes.
11. Afin d'éviter le désengagement des services, la planification de la transition doit avoir lieu au moins un an avant qu'un jeune ne passe des services pour enfants aux services pour adultes afin que les soutiens

appropriés puissent être identifiés. Une transition réussie devrait impliquer tous les membres du cercle de soutien de la personne.

12. Toutes les approches de traitement devraient être intégrées dans un plan de soins global. Celui-ci devrait comprendre un plan de soutien au comportement positif, qui vise à assurer la cohérence des interventions (y compris éducatives) entre les différents intervenants, le personnel et le ou les utilisateurs des services. Le plan de soins doit être partagé avec toutes les parties concernées, avec le consentement approprié.

## ***Psychoéducation***

La psychoéducation est utile pour améliorer l'expérience et les résultats à long terme des personnes atteintes de TDAH et de TSA et des intervenants/aidants. Elle peut être dispensée sous différentes formes : en tant qu'intervention individuelle "autonome" auprès de personnes, de parents/aidants et/ou d'autres personnes (comme les enseignants) ou en groupe (le plus souvent auprès de personnes et/ou de parents/aidants).

En plus de la prestation "autonome" (soit en séances individuelles, soit en groupe), la psychoéducation doit également être incluse comme précurseur de toutes les autres interventions fournies (à la fois médicales et thérapeutiques). En effet, la psychoéducation fait partie intégrante de toutes les interventions thérapeutiques et chaque réunion en face à face avec la personne et/ou les parents/aidants est une occasion de fournir des informations et une éducation sur le TDAH et les TSA.

L'objectif de la psychoéducation est de fournir des informations sur la ou les affections (TDAH et TSA) : Cela peut inclure des sujets sur l'étiologie, la présentation des symptômes et les difficultés associées, les comorbidités communes, les traitements fournis ou disponibles, et les "points de déclenchement" d'un stress accru (à la fois à petite échelle, comme partir en vacances ou assister à des événements sociaux, et à grande échelle, comme changer d'école, déménager, passer du collège au lycée, passer des services de santé pour enfants aux services pour adultes, poursuivre ses études ou travailler), les ressources locales et les services de soutien. Lorsqu'elles sont dispensées sur une base individuelle, les contributions des parents/aidants doivent être incluses dans l'élaboration du plan de soins de la personne afin de garantir que la justification de l'approche adoptée pour les soins de la personne est claire et comprise par tous.

En raison du besoin permanent d'interventions psychoéducatives, il convient d'adopter une approche fondée sur la vie de la personne ; des séances de suivi sont essentielles pour fournir des informations, un soutien et des points de transition clés. Par conséquent, l'intervention psychopédagogique ne doit pas être considérée comme un "cours unique", mais comme une "alimentation au goutte-à-goutte" dans le temps, avec un renforcement à intervalles réguliers. Cependant, les taux d'utilisation peuvent être faibles, peut-être parce que les parents/aidants perçoivent la psychoéducation comme une priorité moindre que les interventions thérapeutiques. Les praticiens présents à la réunion de consensus ont indiqué que les parents/aidants estiment que le contenu est trop général et/ou qu'ils sont trop occupés ou trop fatigués pour s'engager dans des séances. Il est donc important de tenir compte des ressources de la famille - en termes de temps, d'émotion et de soutien - et de structurer le contenu de manière à ce qu'il soit adapté aux besoins de l'enfant (et en tenant compte de l'âge chronologique ou de l'âge de développement de l'enfant). Par exemple, les programmes psychoéducatifs devraient être différents pour les enfants et les adolescents, ces derniers incluant des questions relatives à la transition, à la sexualité et au risque.

## ***Interventions auprès des parents/aidants***

Plus communément appelées interventions parentales, il existe deux types d'interventions qui peuvent être proposées aux parents/aidants : (1) les interventions de soutien aux parents/aidants et

(2) les interventions avec médiation des parents/aidants. Idéalement, l'intégration de ces deux approches est susceptible d'aboutir à de meilleurs résultats, notamment avec l'inclusion d'un volet psychoéducatif.

Les familles peuvent subir d'énormes pressions lorsqu'elles doivent constamment soutenir un enfant souffrant de TDAH et de TSA concomitants. Les interventions de soutien aux parents/aidants sont conçues pour fournir un "espace" de soutien et de confidentialité où ils peuvent se rencontrer et partager leurs expériences avec d'autres personnes qui se trouvent dans des circonstances similaires. Ces programmes peuvent être limités dans le temps ou prendre la forme de réunions régulières. Les sessions peuvent introduire certaines stratégies de gestion comportementale de base, mais l'accent est principalement mis sur le parent/l'aidant, l'enfant étant le bénéficiaire indirect via le parent/l'aidant qui se sent mieux soutenu et apprend à mieux gérer ses propres sentiments de stress, de détresse et d'isolement. Les sujets de discussion peuvent inclure l'amélioration des capacités d'adaptation (celles du parent/de l'aidant et de l'enfant), la gestion de la stigmatisation, la gestion de l'impact du comportement de l'enfant sur les relations familiales, l'équilibre entre les exigences de l'emploi et de la vie familiale, la mise en place de routines et de structurations, l'introduction d'horaires visuels, l'intégration du "temps pour moi" et des soins de répit, l'accès à des réseaux de soutien, l'amélioration des compétences en matière de défense de l'enfant, l'amélioration de la sécurité à la maison et dans la communauté, l'application d'un régime sensoriel et l'utilisation de récompenses, de sanctions et de renforcements, ainsi que de pense-bêtes et d'incitations.

Les interventions avec médiation des parents/aidants sont conçues pour apprendre aux parents/aidants à intervenir auprès de leur enfant. Elles sont donc axées sur la technique, et le parent/l'aidant est l'agent du changement, l'enfant étant le bénéficiaire direct. Elles sont généralement dispensées dans un format de groupe limité dans le temps (jusqu'à 12 sessions). Il existe des preuves de l'utilisation d'interventions comportementales de cette nature chez les enfants atteints de TSA, de TDAH, de trouble oppositionnel avec provocation et de troubles du comportement, et les résultats montrent une amélioration des compétences parentales et une diminution des niveaux de détresse familiale [95,96,97,98].

Le but de ces interventions est d'aider l'enfant à développer des compétences et à réduire les comportements inadaptés. Pour les enfants souffrant à la fois de TDAH et de TSA, le contenu devrait mettre davantage l'accent sur les compétences et les méthodes de communication sociale pour traiter les comportements perturbateurs, l'agressivité, les problèmes d'alimentation, de sommeil et de toilette. L'inclusion d'adaptations environnementales, chaque fois que cela est possible, est susceptible de maximiser le succès. Il est important de reconnaître les difficultés rencontrées par les parents/aidants pour faire face à un enfant ayant des besoins complexes en incluant dans le contenu du programme des aspects qui aideront les parents/aidants à gérer leurs propres sentiments d'isolement, de stress, d'anxiété et de dépression. Les sessions doivent être complétées par des documents écrits et/ou illustrés résumant les informations couvertes et les interventions doivent être présentées à un niveau réaliste pour être couronnées de succès. Mieux vaut de petits gains que pas de gains du tout, et aucun gain ne peut être obtenu si les objectifs sont perçus comme irréalistes ou accablants.

### ***Interventions comportementales et environnementales***

À la suite de programmes psychoéducatifs et parentaux, et en fonction des besoins et des difficultés de l'individu, des interventions thérapeutiques spécifiques peuvent être proposées. Selon le niveau de capacité, il s'agit souvent d'interventions comportementales et environnementales qui sont spécifiquement adaptées aux besoins de l'enfant et modifiées pour tenir compte de sa présentation unique, de sa comorbidité et des problèmes associés. Le plus souvent, les personnes qui entourent l'enfant (parents, aidants, enseignants) sont les agents du changement, en plus des modifications

physiques de l'environnement qui sont apportées afin d'optimiser les résultats.

Pour les enfants et les adultes atteints de TSA et présentant un comportement problématique, les interventions environnementales sont souvent précédées d'une analyse fonctionnelle du comportement. Il s'agit d'une technique d'observation qui enregistre systématiquement les antécédents, les comportements et les conséquences du comportement (connue sous le nom de tableau ABC - Antecedents, Behaviours and Consequences). En général, un individu est observé dans un cadre spécifique (ou, le cas échéant, dans plusieurs cadres) pendant une période de temps et en interaction avec différentes personnes. Les antécédents du comportement sont notés dans un tableau (c'est-à-dire ce qui se passait juste avant le comportement, ce qui l'aggrave, ce qui l'améliore), et le comportement lui-même est décrit en détail ainsi que ses conséquences (c'est-à-dire ce qui s'est passé après, comment la personne et son entourage ont réagi). L'enregistrement et l'analyse du comportement à l'aide de cette méthode donnent un aperçu des déclencheurs et des motivations du comportement problématique et des facteurs qui peuvent maintenir le comportement. En retour, cela permet d'éclairer la méthode et les objectifs du traitement. Par exemple, dans le cas d'une analyse fonctionnelle visant à identifier les déclencheurs de graves crises émotionnelles, il est déterminé que celles-ci sont précipitées par des "bruits d'essorage" tels que ceux d'une machine à laver ou d'un lave-vaisselle. Les interventions peuvent consister à sensibiliser les parents/aidant au déclencheur, à retirer l'enfant de son environnement avant que les appareils ne soient allumés, à modifier les heures d'utilisation (si possible) et/ou à placer l'enfant dans un environnement apaisant pour l'aider à réduire son sentiment de détresse en réaction au bruit. Certaines interventions comportementales ont été spécifiquement développées pour les jeunes enfants atteints de TSA en s'appuyant sur cette approche, la plus courante étant probablement l'analyse comportementale appliquée (ABA) [99].

### ***Autres interventions thérapeutiques***

Des séances individuelles travaillant directement avec l'enfant sont parfois proposées, en particulier pour ceux qui présentent des symptômes graves et des limitations intellectuelles et/ou ceux qui ne peuvent pas tolérer les séances de groupe pour d'autres raisons (par exemple, hyperactivité excessive, mauvaise communication sociale). Ces séances s'appuient généralement sur des interventions thérapeutiques "traditionnelles", avec des modifications appropriées telles que l'inclusion de supports et produits visuels analogues. Elles peuvent également être dispensées par leurs enseignants et/ou leurs parents/aidants. Deux programmes semi-structurés sont disponibles pour soutenir ce type d'intervention, qui ont été spécifiquement développés pour les jeunes enfants ayant des problèmes cognitifs, émotionnels, sociaux et/ou comportementaux : l'un pour une prestation individuelle [100] et l'autre pour une prestation de groupe [101,102,103].

Lorsqu'ils sont dispensés directement avec l'enfant, il peut être nécessaire de prévoir un plus grand nombre de séances, mais à un rythme plus lent et pour une durée plus courte et/ou avec des pauses en milieu de séance. Une plus grande structuration et l'adhésion à un programme clair contribueront à réduire l'incertitude et l'anxiété. Le thérapeute doit également se demander si des adaptations de l'environnement sont nécessaires pour minimiser l'inconfort et les distractions sensorielles (par exemple, la sensibilité à la lumière et aux sons). Il est conseillé d'impliquer les parents/aidants (et dans certains cas les enseignants, le cas échéant) car de nombreuses personnes autistes ont du mal à généraliser d'un contexte à l'autre. Les parents/aidants peuvent les aider à appliquer les stratégies qu'ils ont apprises en thérapie lorsqu'ils se trouvent dans des contextes différents.

Pour les personnes sans limites intellectuelles, la thérapie narrative vise à sensibiliser les enfants et les jeunes à leurs points forts et à la manière de les utiliser en partageant et en racontant des "histoires" que la personne se raconte sur le monde. Elle vise à promouvoir l'adaptation sociale, afin que la personne soit mieux à même de gérer les changements dans sa vie en renforçant son estime



de soi et son efficacité personnelle. Cette approche a été jugée utile par certains services, mais son efficacité n'a pas encore fait l'objet de recherches approfondies.

Une approche de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) adaptée est probablement plus adaptée aux jeunes adolescents qu'aux enfants plus jeunes, bien que l'équilibre entre les interventions cognitives et comportementales doive peut-être favoriser ces dernières lors du traitement des enfants atteints de TDAH et de TSA coexistants. Parmi les sujets utiles, citons la formation aux compétences sociales, la reconnaissance des émotions, la "lecture" du langage corporel et des expressions faciales, le contrôle des impulsions, le contrôle émotionnel, les méthodes pour améliorer l'attention et la mémoire, la lutte contre la faible estime de soi, l'entraînement à l'affirmation de soi, la gestion de la pression des pairs, l'identification et la reconnaissance des comportements à risque, la gestion des relations familiales et sociales, les compétences de planification constructive et les techniques de résolution de problèmes.

L'adolescence est une période importante pour soutenir une personne ayant un TDAH et un TSA, car c'est un moment où elle doit faire face à de nombreuses transitions, par exemple entre les services de santé, entre les milieux éducatifs, la fin des études, l'entrée sur le marché du travail et les changements hormonaux et corporels. Les relations avec les pairs (ou les difficultés qu'elles posent) deviennent plus importantes. Par conséquent, lorsque l'on travaille avec des adolescents, il convient d'inclure les questions relatives au développement sexuel, aux désirs et au comportement sexuel, en plus des comportements et attitudes à risque (par exemple, antisocial, psychosexuel, consommation d'alcool et de substances).

Les personnes peuvent avoir besoin d'un soutien pour résoudre les difficultés qui surviennent au sein du système de justice pénale si leur comportement est jugé atteindre des seuils critiques. Le port de "cartes d'alerte" peut aider à déclencher des supports de communication supplémentaires dans les moments de crise. La carte d'alerte peut préciser le handicap et fournir les coordonnées des membres de la famille, des soignants et/ou des professionnels qui s'occupent de la personne concernée. Cette simple intervention peut contribuer à garantir un traitement juste et équitable de la personne concernée.

Les personnes autistes qui ont des démêlés avec le système de justice pénale peuvent cependant être désavantagées par certains tests. Par exemple, le service de probation du Royaume-Uni a commencé à utiliser le test polygraphique obligatoire ("détecteur de mensonges") pour les délinquants sexuels à haut risque sous leur supervision [104]. La police peut également utiliser les polygraphes sur une base "volontaire". L'utilisation du polygraphe est controversée en raison de problèmes liés à sa validité (105), et cette controverse peut être amplifiée pour les suspects et les délinquants autistes, qui sont susceptibles d'être particulièrement vulnérables aux résultats erronés (taux d'erreur de faux positifs et de faux négatifs) en raison de leurs difficultés de communication sociale.

## ***Éducation et interventions en classe***

Le tableau 5 présente un résumé du consensus atteint concernant les interventions éducatives pour les enfants et les adolescents atteints de TDAH et de TSA comorbides.

**Tableau 5 - Recommandations pratiques pour les enfants et les adolescents atteints de TDAH et de TSA comorbides : interventions éducatives**

1. Le personnel scolaire doit recevoir une formation spécifique pour comprendre comment le TDAH et le TSA ont un impact sur la façon dont les enfants apprennent en classe et interagissent avec leurs pairs.
2. Les difficultés d'apprentissage spécifiques telles que la dyslexie, la dyscalculie, la dysgraphie et les troubles du langage et de la communication devraient être traitées le plus tôt possible en orientant les enfants vers des professionnels de la santé (par exemple, des orthophonistes, des ergothérapeutes) afin que les interventions appropriées puissent être introduites avant qu'elles n'aient un impact significatif sur l'apprentissage, le fonctionnement social et/ou le développement.
3. L'anxiété peut être le principal obstacle à l'inclusion sociale et à l'apprentissage. Certains enfants peuvent se sentir isolés et profondément angoissés à l'école, ce qui peut conduire à un refus de scolarisation. Lorsque cela se produit, il est important que les services éducatifs élaborent des plans de soutien complets et coordonnés pour aider l'enfant et prévenir à l'avance les refus scolaires.
4. La connaissance et la compréhension des besoins sociaux et sensoriels de chaque élève permettront au personnel de faire les ajustements nécessaires (par exemple, éviter les espaces encombrés, les bruits forts) pour réduire le stress et promouvoir l'apprentissage et l'engagement.
5. Des sujets relatifs à la santé et au bien-être devraient être inclus dans le programme scolaire afin d'éviter les risques ultérieurs (par exemple, grossesse non planifiée, MST, toxicomanie et problèmes de santé mentale).
6. Le personnel scolaire peut ne pas apprécier pleinement l'"écart de réussite" entre l'âge chronologique et l'âge de développement, en particulier pour les enfants qui suivent un enseignement scolaire ordinaire. Ce problème doit être clairement abordé dans le plan d'éducation, de santé et de soins de l'enfant (EHCP), ou équivalent, afin de garantir que les exigences du programme scolaire sont appropriées. L'EHCP doit être élaboré et régulièrement mis à jour avec la contribution de toutes les personnes impliquées dans la prise en charge de l'enfant, y compris les parents/tuteurs.
7. Une planification individuelle proactive concernant la transition de l'enseignement primaire à l'enseignement secondaire devrait être faite avec l'élève, l'école et les autres personnes impliquées dans la prise en charge de l'élève (le cas échéant) afin de minimiser l'impact négatif potentiel de cet événement et les sentiments de stress.
8. Un plan d'éducation personnalisé (PEP) devrait être élaboré (voir le tableau 6 pour les sujets suggérés) et partagé avec l'équipe de soins pour être inclus dans le plan de soins de la personne. Le plan de soins devrait être partagé avec toutes les parties concernées, avec le consentement approprié.

Malheureusement, de nombreux enfants présentant des présentations complexes et comorbides peuvent échouer plusieurs fois à l'école avant que des mesures ne soient prises pour les aider. Les difficultés peuvent être aggravées par un diagnostic tardif ou un retard dans la reconnaissance du diagnostic primaire, et/ou des troubles comorbides suite à un diagnostic initial et un manque de sensibilisation au TDAH et au TSA. Les professionnels de l'éducation, en collaboration avec les professionnels de la santé et des services sociaux, doivent être attentifs à l'éventail des présentations associées à ces deux conditions et sensibles aux comportements moins manifestes (inattention/rêverie) qui peuvent indiquer un niveau de risque chez les élèves (surtout, mais pas exclusivement, les filles) qui pourraient ne pas être perçus comme particulièrement difficiles ou oppositionnels. Des outils de dépistage tels que le questionnaire sur les points forts et les difficultés - *Strengths and Difficulties Questionnaire* [75] pourraient être utilisés dans les établissements d'enseignement pour dépister les élèves "à risque" et orienter le type et l'orientation de l'intervention

qui pourrait être nécessaire (qui pourrait être une référence pour une évaluation plus approfondie).

La base de données actuelle sur l'efficacité des interventions en milieu scolaire pour les TSA ou les TDAH reste faible et est presque inexistante pour les présentations comorbides. Toutefois, le *Collaborative Life Skills Program (CLS)*, un programme d'intervention psychosociale de 12 semaines destiné aux élèves du primaire présentant des symptômes de TDAH, a été testé dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé et s'avère prometteur. Le CLS intègre des interventions auprès des écoles, des parents et des élèves, dispensées par des prestataires de santé mentale en milieu scolaire.

À l'issue du programme, les élèves des écoles participant au CLS ont enregistré une amélioration significative de l'évaluation par les parents et les enseignants de la gravité des symptômes du TDAH et du fonctionnement organisationnel, des résultats scolaires évalués par les enseignants et de l'évaluation par les parents des symptômes du trouble oppositionnel avec provocation et des compétences sociales et interpersonnelles. Au cours de l'année scolaire suivante, les écoles participant au CLS ont enregistré une amélioration significative de l'évaluation par les parents, mais pas par les enseignants, de la gravité des symptômes du TDAH, du fonctionnement organisationnel et de la déficience globale. L'analyse au sein du groupe a indiqué que les gains post-traitement rapportés par les parents et les enseignants pour le CLS en ce qui concerne les symptômes du TDAH et du trouble oppositionnel avec provocation, les compétences organisationnelles et les compétences scolaires se sont maintenus au cours de l'année scolaire suivante (106, 107).

Néanmoins, en raison de la rareté des recherches dans ce domaine, les orientations ci-dessous ont été largement tirées des observations des praticiens, avec la recommandation que les bénéfices sont susceptibles d'être maximisés lorsque les plans de soutien sont individualisés en fonction des besoins des élèves, lorsque les évaluations complètes vont au-delà du profil diagnostique et lorsque le personnel éducatif possède les compétences et l'expérience nécessaires pour procéder à des ajustements réguliers à mesure que chaque élève se développe (c'est-à-dire une évaluation dynamique des besoins).

Il existe des différences significatives entre les contextes de l'enseignement primaire, secondaire et universitaire, tant en ce qui concerne les exigences de l'encadrement des enfants et des jeunes que la capacité du personnel à suivre et à contrôler les progrès des élèves. En général, les défis logistiques dans les écoles secondaires rendent difficile l'obtention d'une vue d'ensemble des performances d'un élève avec plusieurs enseignants et dans plusieurs disciplines. Il est donc vital de s'assurer que toutes les personnes concernées sont pleinement conscientes des besoins d'un individu et comprennent l'importance de fournir un retour d'information régulier au coordinateur des besoins éducatifs spéciaux (SENCO), ou son équivalent. Cela est particulièrement important lorsque le traitement est en phase de réglage ou que de nouvelles dispositions sont testées, ou lorsque la présentation d'un élève change en termes de santé et de bien-être général.

Il est important que les enseignants reconnaissent que les élèves atteints de TSA et/ou de TDAH ne sont pas étiquetés comme "méchants" ou "perturbateurs" en soi, car cela peut créer un précédent dans l'environnement scolaire et stigmatiser l'enfant. L'attitude et l'approche dans la gestion d'un élève au sein de son groupe de pairs et de l'école en général définiront l'expérience de l'enfant en matière d'éducation.

Une attention particulière doit être accordée aux périodes de transition, notamment du primaire au secondaire, et une planification individuelle proactive doit être envisagée avec l'élève, l'école et les autres personnes impliquées dans la prise en charge des élèves (le cas échéant) afin de minimiser l'impact négatif potentiel de cet événement et les sentiments de stress.

Étant donné que le TDAH et le TSA sont tous deux associés à des difficultés d'apprentissage spécifiques telles que la dyslexie et la dyscalculie, il est judicieux de réfléchir à l'impact qu'ils

pourraient avoir sur l'apprentissage et de procéder à un dépistage systématique de cette population à haut risque. De même, tout déficit de langage ou de communication devrait être identifié dès le début de l'école primaire afin que des interventions appropriées puissent être introduites avant qu'elles n'aient un impact significatif sur l'apprentissage, la fonction sociale et le développement. Les professionnels de la santé (orthophonistes, ergothérapeutes) peuvent évaluer les capacités langagières réceptives et expressives et la fonction de mouvements (par exemple, la posture, la prise du crayon) ainsi que le fonctionnement du comportement adaptatif et contribuer aux plans de soutien pédagogique. Les enfants autistes peuvent trouver particulièrement difficile la généralisation des compétences fonctionnelles dans différents contextes. Il est donc important que le personnel scolaire travaille au sein d'équipes pluri-institutionnelles, en particulier dans les cas où le risque de désengagement est élevé ou les besoins des élèves sont complexes. Le désengagement de l'école, éventuellement jusqu'à l'exclusion, profite rarement à l'enfant, et une approche proactive qui soutient l'enfant à la fois sur le plan scolaire et comportemental peut le détourner d'un parcours négatif.

Étant donné l'association connue entre les déficits linguistiques, les comportements difficiles et les résultats scolaires insuffisants, le personnel peut bénéficier d'une formation spécifique pour comprendre la signification des difficultés subtiles de compréhension dans la manière dont les enfants apprennent en classe et interagissent avec leurs pairs. De telles difficultés peuvent entraîner une anxiété et une frustration accrues, ainsi qu'une sous-performance scolaire et un isolement social (et donc des possibilités réduites d'apprentissage social).

De même, les enseignants doivent être conscients des difficultés sensorielles auxquelles un enfant ou un jeune peut être confronté. Étant donné que l'anxiété peut être le principal obstacle à l'inclusion sociale et à l'apprentissage en milieu scolaire, la compréhension des besoins sociaux et sensoriels d'un élève peut permettre au personnel de faire les ajustements nécessaires (par exemple, éviter les espaces encombrés, les bruits forts) pour réduire le stress et promouvoir l'apprentissage et l'engagement.

Les ergothérapeutes peuvent aider les écoles à assurer leur régime sensoriel, nécessaire à de nombreux enfants et jeunes souffrant de troubles comorbides.

Les élèves présentant des profils d'évitement de la demande extrême peuvent avoir besoin d'un niveau plus élevé de soutien individualisé afin de maintenir leur participation dans les milieux ordinaires, et le personnel scolaire doit être conscient du niveau élevé de risque neurodéveloppemental dans la population des élèves considérés comme "refusant l'école".

Il est utile pour les enseignants de connaître à la fois l'âge de développement de tout élève diagnostiqué avec un TDAH et un TSA comorbides et leur capacité cognitive à s'assurer que les exigences du programme scolaire sont appropriées. Au début de l'adolescence, les élèves atteints de TDAH peuvent fonctionner à un niveau inférieur de 2 ou 3 ans à celui de leurs pairs en raison d'un retard de maturation corticale, ce qui peut expliquer une apparente sous-performance, des difficultés d'observation des tâches ou des comportements problématiques et l'isolement social (108).

L'école peut être un environnement difficile pour les enfants ayant un TDAH et un TSA (seul ou en association). À l'école, les enfants sont comparés à leurs camarades de classe sur le plan scolaire (par exemple, classés en fonction de leur position dans la classe, placés dans des filières en fonction de leurs résultats) ; cependant, les enseignants et les auxiliaires d'enseignement peuvent ne pas apprécier pleinement l'"écart de résultats" entre l'âge chronologique et l'âge de développement, en particulier pour les enfants qui sont scolarisés dans une école ordinaire. Ce problème doit être clairement abordé dans le plan d'éducation, de santé et de soins de l'enfant (EHCP), ou son équivalent (par exemple, un plan de soutien coordonné en Écosse), qui, en Angleterre et au Pays de Galles, est un document juridique qui décrit les besoins éducatifs spéciaux d'un enfant ou d'un jeune, le soutien dont il a besoin et les résultats qu'il souhaite obtenir. L'EHCP doit être élaboré et

régulièrement mis à jour avec la contribution de toutes les personnes impliquées dans la prise en charge de l'enfant, y compris les parents/tuteurs.

Les difficultés peuvent ne pas être uniquement liées aux résultats scolaires, mais aussi aux exigences sociales (gestion des relations avec les pairs, sports d'équipe, jeu libre pendant les pauses dans la cour de récréation, clubs et activités extrascolaires). Cela peut être dû à diverses raisons, notamment des problèmes de relations avec les pairs, l'intimidation et le harcèlement, l'anxiété sociale, le sentiment d'échec, la stigmatisation, les difficultés d'adaptation aux routines scolaires et/ou les sensibilités sensorielles. Les enfants ayant un TDAH ou un TSA sont souvent perçus comme étant si "différents" de leurs pairs qu'ils deviennent l'objet de moqueries et de brimades. Ils peuvent se sentir isolés et profondément perturbés dans le cadre scolaire, ce qui conduit certains enfants à refuser de fréquenter l'école. Lorsque cela se produit, il est important que les services éducatifs élaborent des plans de soutien complets et coordonnés pour aider l'enfant et prévenir à l'avance les refus scolaires. Il peut s'agir de permettre une fréquentation scolaire flexible ou un soutien scolaire à domicile, dans le but d'une réintégration progressive à l'école. Avant cela, des ajustements peuvent être apportés au cadre scolaire pour soutenir les élèves en leur offrant des espaces calmes pendant les pauses et les heures de déjeuner, des groupes de soutien social et des niveaux plus élevés de supervision du personnel pendant ces périodes. Il est important que le personnel de soutien (par exemple, les auxiliaires d'enseignement) soit à la fois formé à la reconnaissance des différents niveaux et types de besoins et encouragé à faire part de ses préoccupations et à contribuer aux réunions de planification.

Les mauvais résultats à long terme pour cette population à haut risque suggèrent que des mesures préventives peuvent être utiles et nécessaires afin d'éviter des risques ultérieurs (tels qu'une grossesse non planifiée, des infections sexuellement transmissibles, l'abus de drogues et des problèmes de santé mentale). L'inclusion de sujets relatifs à la santé et au bien-être dans le programme d'études peut être bénéfique.

Pour les personnes ayant un TDAH et un TSA concomitants, un plan d'éducation personnalisé (PEP), ou l'équivalent (par exemple, le programme d'éducation individualisé (IEP), le plan de soutien aux élèves, le plan de soutien coordonné ou le plan pour les enfants en Écosse), est recommandé. Voir le tableau 6 pour un résumé des interventions éducatives spécifiques qui peuvent être utiles aux enfants et aux adolescents.

**Tableau 6 - Informations complémentaires : interventions éducatives pour les enfants et les adolescents atteints de TDAH et de TSA comorbides**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Plan stratégique individualisé</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer les besoins d'apprentissage plus larges, y compris la présence de difficultés d'apprentissage spécifiques (par exemple, dyslexie, dysgraphie, dyscalculie, trouble de la coordination du développement), de difficultés de traitement sensoriel et de troubles du langage ou de la communication.</li> <li>- Adapter un programme d'études qui met l'accent sur le développement d'"îlots de compétence" dans des domaines relativement forts, par exemple en favorisant l'apprentissage par le biais d'intérêts particuliers et en exploitant les talents dans des domaines tels que les mathématiques et les technologies de l'information et de la communication (TIC [par exemple, codage/programmation]).</li> <li>- Introduire l'apprentissage en petits groupes et des calendriers individualisés pour soutenir l'apprentissage.</li> <li>- Mettre en place des conseils académiques et pédagogiques pour les étudiants.</li> <li>- Fournir des conseils spécifiques sur les devoirs et les stratégies de révision.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Aide à la concentration et à la réduction de l'anxiété</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévoir des pauses supervisées à certains intervalles pendant les examens au lieu de temps supplémentaire pour aider à maintenir la concentration et réduire le désengagement. Bien que la pratique consistant à allouer du temps supplémentaire pour terminer un devoir ou un examen ait été utilisée avec des personnes souffrant de divers troubles psychologiques, elle n'est pas nécessairement la meilleure option pour les personnes ayant un TDAH et/ou un TSA.</li> <li>- Il faut envisager la nécessité d'un isolement pendant les examens afin de réduire la surcharge sensorielle et le stress lié à l'examen.</li> <li>- Utilisez un outil de modification du langage oral pour expliquer ou reformuler le langage dans une épreuve d'examen et en clarifier le sens pour le candidat (sous réserve de l'approbation des organismes de délivrance tels que le Joint Council for Qualifications [109] ou la Scottish Qualifications Authority [110]).</li> <li>- Notez les possibilités d'apprentissage et d'enseignement qui mettent en évidence toute difficulté qu'un étudiant peut avoir à maintenir son attention et à retenir des informations (mémoire de travail à court terme).</li> <li>- Fournir un retour d'information immédiat et le renforcement positif de la réussite, étant donné la sensibilité du mécanisme de récompense chez les élèves ayant un TDAH.</li> <li>- Introduisez des "pauses pour faire des mouvements" ou des mesures similaires pour permettre aux élèves de faire de l'exercice physique pendant la journée scolaire.</li> <li>- Utiliser un langage explicite lors de l'enseignement ou des tâches demandées aux élèves.</li> <li>- Pour réduire l'anxiété et renforcer les attentes, introduire des horaires visuels adaptés au niveau de capacité de l'élève</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Assistance personnelle</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planifier soigneusement la distribution de médicaments pendant les heures de classe pour réduire la stigmatisation</li> <li>- Utiliser des technologies d'assistance (par exemple, la reconnaissance vocale) lorsque des difficultés d'écriture surviennent en raison d'une mauvaise motricité fine souvent associée à un TSA ou à un TDAH.</li> <li>- Tenez compte des exigences supplémentaires imposées à certains élèves lors des sorties scolaires, des excursions extérieures ou de tout changement significatif de routine.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Assistance organisationnelle</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fournir des conseils et un soutien concernant les délais et les retards de soumission et vérifier régulièrement les progrès réalisés pendant les tâches prolongées.</li> <li>- Fournir un retour d'information régulier sur les performances, les progrès et les résultats probables.</li> <li>- Fournir un soutien pour la hiérarchisation des tâches et la gestion du temps en utilisant des listes de tâches, des cartes mentales ou autres pour décomposer des sujets complexes.</li> <li>- Fournir un soutien pour développer des stratégies d'autocontrôle pour les travaux de cours et les soumissions d'examens.</li> <li>- Fournir des notes, un soutien à la prise de notes ou un accès à des ressources en ligne pour soutenir l'apprentissage lors de conférences et de cours.</li> <li>- Fournir un résumé et/ou les points clés de l'apprentissage des conférences et des cours.</li> </ul> </li> </ul>

## Travailler avec les adultes

Un résumé du consensus atteint concernant les interventions cliniques non pharmacologiques pour les adultes présentant un TDAH et un TSA comorbides est présenté dans le tableau 7.

**Tableau 7 - Recommandations pratiques pour les adultes présentant un TDAH et un TSA comorbides : interventions cliniques non pharmacologiques**

1. L'approche clinique générale du travail avec les adultes est similaire à celle appliquée au travail avec les enfants et les adolescents, en particulier pour ceux qui présentent des limitations intellectuelles (voir le tableau 4).
2. Pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, les questions de consentement et de capacité peuvent devoir être examinées avec soin car elles ont une incidence sur la prise de décision et les droits légaux de la personne. Toute information partagée avec les parents/aidants doit être faite en connaissance de cause et avec le consentement de la personne.
3. Il peut être nécessaire d'aider les parents/aidants à obtenir des conseils de services réputés sur la tutelle (en particulier lorsque la déficience intellectuelle a été diagnostiquée) et sur la nécessité de mettre en place des dispositifs de planification financière à long terme.
4. Un soutien et des conseils supplémentaires peuvent être nécessaires pour les personnes ayant un TDAH et un TED qui deviennent parents.
5. Des interventions psychoéducatives doivent être proposées à la fois à la personne et aux personnes qui s'occupent d'elle.
6. Les personnes peuvent bénéficier d'interventions de soutien par des groupes de pairs (c'est-à-dire une version par les pairs des interventions de soutien aux parents/aidants décrites dans la section consacrée aux enfants).
7. Les approches cognitives (y compris la thérapie de remédiation cognitive [CRT] et la thérapie cognitivo-comportementale [CBT]) sont susceptibles d'être des interventions efficaces pour les adultes avec TDAH et TSA (voir le texte sur ces thèmes). Des adaptations spécifiques peuvent être nécessaires pour les personnes souffrant de troubles de la communication sociale et de limitations intellectuelles, notamment un soutien et une supervision accrues de la part du thérapeute.
8. Les adultes peuvent être mieux à même de faire face aux traitements dispensés en groupe que les enfants et les adolescents, en particulier lorsque des adaptations spécifiques sont prévues, par exemple en augmentant le nombre d'animateurs de groupe pour garantir qu'un soutien individuel puisse être fourni.
9. Des stratégies de soutien et une planification sont nécessaires pour assurer la transition entre les services destinés aux enfants et aux adultes. En outre, les transitions marquantes du parcours de vie (par exemple, le deuil d'un parent) devraient déclencher une meilleure coordination, tout comme le déplacement géographique ou les changements majeurs dans les relations.
10. En ce qui concerne les enfants, les interventions devraient être intégrées dans un plan de soins collaboratifs sur mesure pour l'individu, y compris un plan de soutien au comportement positif afin d'assurer la cohérence des interventions (y compris éducatives) entre les différents soignants, le personnel et le ou les utilisateurs des services. Le plan de soins devrait être partagé avec toutes les parties concernées, avec le consentement approprié

Les parents/aidants sont reconnus comme une source précieuse d'expertise en ce qui concerne les besoins en matière de soins et les défis éducatifs et professionnels spécifiques auxquels est confronté leur enfant ayant un TSA et un TDAH concomitants. Cependant, les parents/aidants peuvent éprouver un sentiment de marginalisation lorsque leur enfant passe à l'âge adulte. Cela est particulièrement vrai si la personne souhaite défendre davantage sa propre cause et restreindre l'accès aux informations et aux décisions concernant sa prise en charge. Les services doivent gérer

l'interface entre le droit d'une personne à la confidentialité et la nécessité de faire appel à l'expertise que les parents/aidants ont développée au fil du temps.

Toute information partagée avec les parents/tuteurs doit l'être en connaissance de cause et avec le consentement de la personne concernée. Il peut être nécessaire d'examiner la question de la tutelle et de mettre en place des dispositions de planification financière à long terme (par exemple, en créant un fonds fiduciaire), en particulier lorsque la déficience intellectuelle a également été diagnostiquée. Dans de tels cas, il peut être utile d'orienter la personne vers des services réputés qui peuvent lui fournir des conseils sur ces sujets.

Une mauvaise gestion du temps et une mauvaise organisation peuvent entraîner un désengagement de services importants (par exemple, médecin généraliste, santé mentale/physique, dentiste) et une organisation supplémentaire peut être nécessaire pour maintenir les rendez-vous, les programmes de traitement et les médicaments (par exemple, utilisation de textes, rappels d'applications téléphoniques). Il peut souvent y avoir des difficultés à s'autoréguler en matière de comportement et de prise de décision, ce qui entraîne de mauvais choix de mode de vie, qui peuvent se traduire par une mauvaise santé physique et mentale (par exemple, anxiété, dépression, oubli de prendre des médicaments, soins dentaires), une mauvaise gestion financière, l'absence de domicile fixe et l'isolement social.

De nombreuses personnes ayant un TDAH ou un TED deviennent elles-mêmes parents. Cependant, pour une minorité d'entre elles, leur capacité à subvenir aux besoins de leurs enfants peut être mise en doute si un soutien et une orientation appropriés ne leur sont pas fournis. Leur engagement en faveur du bien-être de la famille peut être mal interprété si, par exemple, les problèmes de planification et d'organisation sont interprétés comme une preuve de négligence. Si l'on veut éviter de perturber inutilement la vie familiale, tous les professionnels concernés doivent comprendre comment le TDAH et le TSA peuvent avoir un impact sur le fonctionnement quotidien de la personne afin d'identifier les types de soutien les plus appropriés qui peuvent être nécessaires.

Les recherches sur les besoins des adultes avec TDAH et TSA qui négocient des transitions à un âge plus avancé, par exemple à l'âge moyen, à la retraite et chez les patients gériatriques, sont rares. Les professionnels des soins primaires doivent être conscients du sous-diagnostic actuel de ces deux troubles dans la population adulte et être conscients des risques qui peuvent devenir évidents en milieu clinique, ainsi que des options de traitement disponibles. De même, les professionnels des soins sociaux peuvent avoir intérêt à comprendre l'éventail des présentations que ces populations peuvent faire lorsque leurs services sont sollicités.

L'approche du travail avec les adultes est similaire à celle appliquée au travail avec les enfants et les adolescents, en particulier pour ceux qui souffrent de graves déficiences intellectuelles (c'est-à-dire en fournissant un soutien systémique et une psychoéducation, une analyse fonctionnelle du comportement et la mise en œuvre d'interventions comportementales environnementales, et la fourniture d'interventions cognitives et comportementales individuelles, le cas échéant). Certaines adaptations clés seront toutefois abordées ici. En ce qui concerne les enfants, les interventions doivent être intégrées dans un plan de soins collaboratifs sur mesure pour l'individu.

## ***Psychoéducation***

La gestion du consentement et de la capacité peut devoir être soigneusement étudiée chez les adultes car elle a un impact sur la capacité de décision et les droits légaux de l'individu. Elle doit également être gérée avec sensibilité, en particulier en présence de perspectives et d'opinions contradictoires. Même en l'absence de questions relatives au consentement et à la capacité, il peut y avoir des divergences entre la façon dont les individus eux-mêmes veulent vivre et les souhaits de leur famille ou des personnes qui s'occupent d'eux. Dans de tels cas, il est nécessaire d'établir une



communication étroite avec les familles et les aidants, ce qui implique souvent une psychoéducation à la fois avec l'individu et les aidants. En effet, il peut être nécessaire de travailler de manière systématique sur les relations familiales et/ou avec les aidants sur le positionnement plutôt que d'appliquer une approche axée sur les solutions, par exemple en mettant l'accent sur les valeurs et la confiance, et de déterminer à qui s'adresser pour obtenir quelles informations et quelles orientations.

Il est fortement recommandé de planifier un soutien comportemental positif afin d'assurer une cohérence dans la manière dont les aidants et le personnel travaillent avec la personne. Cela leur permettra de mieux comprendre les différences subtiles de présentation, d'identifier les signaux d'alerte précoce de comportements spécifiques et de développer des stratégies proactives de prévention et/ou d'intervention.

Pour les adolescents et les adultes, il est important que les individus développent des pratiques de bon sens concernant l'utilisation non supervisée des médicaments (le cas échéant). Cela peut se faire en leur fournissant des informations sur l'impact que le médicament peut avoir sur leurs performances dans leurs activités d'adultes (y compris au travail) et sur les risques de ne pas prendre le médicament. Ils doivent également se renseigner sur les conséquences du partage ou de la vente de médicaments à d'autres personnes, tant d'un point de vue juridique que sanitaire (c'est-à-dire le préjudice potentiel qui peut découler de la fourniture de médicaments à d'autres personnes).

La psychoéducation des jeunes et des adultes devrait également aborder la consommation d'alcool et de drogues illicites, l'impulsivité, les attitudes et comportements antisociaux et leurs conséquences potentielles. L'éducation sexuelle est un sujet qui est parfois exclu, pourtant ces jeunes éprouvent des sentiments et des désirs sexuels. Ils peuvent adopter des comportements de promiscuité pour se faire des amis et, en raison de leur vulnérabilité, ils peuvent être exposés au risque d'exploitation sexuelle.

Souvent, il s'agit de questions dont ils n'ont jamais parlé et il peut être nécessaire de leur "donner le langage" pour qu'ils puissent exprimer leurs pensées et leurs sentiments, en les complétant par des matériaux et des éléments visuels analogues et, dans certains cas, par des poupées anatomiquement correctes.

Les taux de grossesse des jeunes femmes atteintes de TDAH sont élevés [111, 112], ce qui suggère que cela peut également constituer un risque pour les femmes atteintes à la fois de TDAH et de TSA. En tant que jeunes parents, elles peuvent avoir besoin de beaucoup de soutien, sinon elles peuvent devenir de plus en plus vulnérables, en particulier si elles sont les seules à s'occuper de leurs enfants. C'est pourquoi des évaluations, des plans de soutien et des interventions sociales spécifiques et adaptées sont nécessaires pour ce groupe vulnérable. Il existe actuellement peu de littérature sur ce sujet et des recherches supplémentaires sont nécessaires.

## ***Interventions psychologiques***

Le travail en groupe peut être difficile pour certaines personnes avec TDAH et TSA, en particulier celles qui ont des limitations intellectuelles, car elles peuvent manquer de concentration et avoir du mal à faire face aux exigences de communication sociale du travail en groupe. Elles ont souvent du mal à se stabiliser et à inhiber leur envie d'interrompre. Néanmoins, les adultes peuvent être plus à même de faire face aux traitements dispensés en groupe que les enfants et les adolescents, en particulier lorsque des adaptations spécifiques sont prévues, par exemple en augmentant le nombre d'animateurs de groupe pour garantir qu'un soutien individuel puisse être apporté lors des réunions de groupe. Si possible, il est préférable que les individus soient regroupés de manière relationnelle, par exemple par âge et/ou par sexe. Pour ceux qui ne peuvent tolérer un format de groupe, certains contenus peuvent être adaptés de manière appropriée et fournis sur une base individuelle.

Le programme R&R2 pour les jeunes et les adultes TDAH, qui dispose d'une bonne base de

données lorsqu'il est présenté dans des sessions de groupe dans la communauté [113,114,115], a été adapté avec succès chez les adultes souffrant d'une déficience intellectuelle modérée. Le programme couvre des sujets pertinents à la fois pour le TDAH et les TSA, y compris le développement des compétences prosociales, des compétences de fonctionnement cognitif et exécutif, l'analyse critique et la pensée conséquente, le contrôle émotionnel, les compétences de négociation, les compétences de résolution de problèmes sociaux, la formation à l'affirmation de soi et les compétences de raisonnement moral.

Le R&R2 est adapté aux besoins de ses bénéficiaires, et par rapport au R&R original, il comprend plus de matériel visuel, un langage plus simple et quelques exemples et exercices modifiés [116].

En plus des interventions de groupe structurées ou semi-structurées décrites ci-dessus, les personnes peuvent bénéficier d'interventions de soutien par des pairs (c'est-à-dire une version par les pairs des interventions de soutien aux parents/soignants décrites dans la section précédente).

Il est prouvé que les interventions adoptant un paradigme cognitif sont des interventions efficaces pour les adultes souffrant de TDAH (par exemple, celles qui s'appuient sur des stratégies de remédiation cognitive pour traiter les principaux symptômes et celles qui s'appuient sur des stratégies de TCC pour traiter les problèmes sociaux et de santé mentale associés), et il y a de plus en plus de preuves de son utilisation auprès des adultes autistes [117,118,119,120,121,122]. Bien qu'il n'existe pas encore de données probantes publiées sur les interventions cognitives modifiées pour les adultes avec un TSA et un TDAH, le consensus a été d'approuver ce paradigme de traitement dans des séances individuelles pour les adultes avec les deux conditions, à condition que le thérapeute ait une expertise dans le travail avec les adultes avec un TSA et un TDAH. Le contenu de la thérapie doit refléter des questions d'actualité importantes (à déterminer par le patient et le thérapeute ensemble), telles que les symptômes des TSA/TDAH, l'anxiété, la mauvaise humeur, les amitiés, les transitions entre l'école primaire et l'école secondaire, la sexualité, la puberté, la gestion des relations intimes, l'abus de substances et d'alcool, la grossesse et le rôle parental.

Comme pour le travail avec les enfants, il peut être nécessaire de procéder à des adaptations spécifiques pour répondre aux besoins individuels associés à des capacités intellectuelles et de communication sociale variables, y compris un soutien et une supervision accrues de la part du thérapeute. Le contenu des séances de TCC modifiées peut devoir être davantage orienté vers la pratique et le comportement et inclure des sujets tels que la fixation d'objectifs, l'ordonnancement des informations et la définition de priorités, les compétences en matière de planification, la gestion et l'organisation du temps, la budgétisation et la gestion des finances, les relations sociales et les compétences en matière de communication sociale, les compétences en matière de résolution de problèmes, la compréhension et la reconnaissance du langage corporel, la dysrégulation émotionnelle et le comportement impulsif, les méthodes permettant d'améliorer les compétences en matière de concentration et de mémoire. Il peut également être nécessaire d'enseigner des stratégies spécifiques pour la dépression, la gestion de l'anxiété, la frustration et la colère. Comme pour le travail avec les jeunes, dans certains cas, il peut être utile d'impliquer un membre de la famille ou un aidant dans le traitement afin de les aider à appliquer les stratégies qu'ils apprennent en thérapie à différents contextes (car les personnes autistes peuvent avoir du mal à généraliser d'un contexte à l'autre). Si un patient adulte ne demande pas spécifiquement ce niveau de soutien, son consentement doit être obtenu.

Formation continue, conseil en orientation professionnelle et formation aux compétences professionnelles

Un résumé du consensus atteint concernant les interventions éducatives et professionnelles pour les adultes affectés par un TDAH et un TSA comorbides est présenté dans le tableau 8.

**Tableau 8 - Recommandations pratiques pour les adultes atteints de TDAH et de TSA comorbides : interventions éducatives et professionnelles**

1. Les responsables de l'orientation, les coordinateurs des besoins éducatifs spéciaux et les ergothérapeutes devraient collaborer pour veiller à ce que les jeunes soient orientés de manière appropriée vers des objectifs de travail réalistes et une vie indépendante.
2. Les services d'aide à l'éducation devraient être conscients des difficultés que peuvent rencontrer les étudiants dans la poursuite de leurs études, par exemple un niveau d'anxiété élevé, des difficultés à vivre de manière indépendante, des troubles du sommeil, l'isolement social et la consommation de substances psychoactives (voir également le tableau 5).
3. Les dispositions standardisées en matière de handicap dans l'enseignement supérieur (par exemple, la pratique consistant à allouer un temps supplémentaire pour passer un examen) peuvent ne pas être appropriées pour les personnes de ce groupe car elles allongent la durée totale des examens. Elles peuvent être mieux soutenues en bénéficiant d'une pause ( surveillée ) à mi-parcours.
4. Les personnes auront besoin d'un soutien pour les candidatures et les entretiens, ainsi que pour gérer le processus de recrutement.
5. Les stages volontaires et assistés aideront les candidats à mieux comprendre les attentes liées au travail.
6. Les établissements d'enseignement et les employeurs doivent veiller à ce que le personnel reçoive une formation en neurodiversité afin d'améliorer la compréhension générale entre collègues.
7. Au Royaume-Uni [en France], il existe une législation qui exige que des aménagements raisonnables soient apportés au travail pour les personnes handicapées afin d'éviter les risques de discrimination fondée sur le handicap.
8. Tant les établissements d'enseignement que les employeurs doivent rendre leurs attentes explicites et communiquer des objectifs, sous-objectifs et délais clairs afin d'éviter toute confusion.
9. Un encadrement et un soutien peuvent être nécessaires pour aider les jeunes à gérer leurs finances personnelles et à planifier leurs engagements financiers.
10. En ce qui concerne les enfants, le cas échéant, un plan d'éducation personnalisé [PEP] devrait être élaboré (voir le tableau 9 pour les sujets suggérés) et partagé avec l'équipe de soins pour être inclus dans le plan de soins de la personne. Le plan de soins devrait être partagé avec toutes les parties concernées, avec le consentement approprié.

L'approche éducative pour les jeunes en formation continue n'est pas différente de celle décrite dans la section précédente consacrée à l'éducation des enfants. Dans les contextes de la formation continue et de l'emploi, chaque domaine de handicap peut amplifier l'autre et multiplier le nombre de défis éducatifs et professionnels potentiels pour une personne qui a un TDAH et un TSA. D'autres comorbidités supplémentaires et des difficultés d'apprentissage spécifiques (par exemple, la dyslexie, la dyspraxie, la dyscalculie) sont également susceptibles de contribuer à de moins bons résultats.

La planification de la transition doit avoir lieu au moins un an avant qu'un jeune ne passe des services pour adolescents aux services pour adultes, afin que les soutiens appropriés puissent être identifiés et qu'une série de destinations positives potentielles soient reconnues (123, 124). Il est important de considérer les stratégies et les services de planification centrés sur la personne qui peuvent être appliqués pour soutenir les transitions (entre les services, entre les milieux éducatifs, à la sortie de l'éducation, à l'entrée sur le marché du travail, entre les emplois, à la vie indépendante/semi-indépendante, etc. ). Une transition réussie doit impliquer tous les membres du cercle de soutien de la personne. Les transitions importantes du parcours de vie (par exemple, le deuil d'un parent) devraient également déclencher une meilleure planification, tout comme le

déplacement géographique ou les changements importants dans les relations.

Tous les jeunes et les adultes ont besoin de conseils en matière de carrière, et pour ce groupe vulnérable, qui peut avoir des limites mais aussi des points forts dans ce qu'il peut réaliser, il est essentiel que les responsables de l'orientation, les coordinateurs des besoins éducatifs spéciaux et les ergothérapeutes collaborent pour veiller à ce que les jeunes dont ils s'occupent soient orientés de manière appropriée vers des objectifs de carrière ambitieux et réalistes et vers une vie indépendante.

Les dispositions standardisées en matière de handicap dans l'enseignement supérieur (par exemple, la pratique consistant à allouer un temps supplémentaire pour passer un examen) peuvent ne pas convenir aux personnes appartenant à ce groupe. Les services d'aide aux étudiants doivent être conscients des difficultés qui peuvent survenir en cas de niveaux élevés d'anxiété, de difficultés à vivre de manière indépendante, de troubles du sommeil, d'isolement social et de consommation de substances. La recommandation des groupes est d'envisager une évaluation holistique des besoins, éclairée par un plan d'éducation personnalisé ou équivalent et intégrée à celui-ci (voir également la section sur ce sujet dans la section consacrée aux enfants et aux adolescents). Voir le tableau 9 pour un résumé des interventions éducatives et professionnelles spécifiques qui peuvent être utiles aux adultes.

### **Tableau 9 - Informations complémentaires : interventions éducatives et professionnelles pour les adultes avec TDAH et TSA comorbides**

<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Plan stratégique individualisé</i><ul style="list-style-type: none"><li>- Des conseils sur les choix de cours/professionnels afin de déterminer la "meilleure adéquation" avec les aptitudes et les besoins personnels de l'étudiant.</li><li>- Veiller à ce qu'un soutien pédagogique proactif soit disponible auprès de professionnels ayant les compétences et l'expérience nécessaires pour faciliter la communication.</li><li>- Offrir à l'étudiant la possibilité de connaître ses propres difficultés et ses points forts afin de faciliter l'adoption de stratégies d'auto-assistance et de réduire la dépendance vis-à-vis des autres ou les risques de désengagement.</li><li>- Veiller à ce que l'étudiant sache comment obtenir un soutien supplémentaire si des difficultés surgissent dans les modalités d'hébergement.</li><li>- Envisager les soutiens nécessaires lorsque des tâches de coopération/collaboration peuvent être fixées.</li><li>- Liaison entre les services lorsque les étudiants ont des besoins complexes découlant de problèmes de santé (p. ex. adhésion à des programmes de traitement, consommation de substances, difficultés de santé mentale).</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Assistance pour aider à la concentration et réduire l'anxiété</i><ul style="list-style-type: none"><li>- Autorisez des pauses supervisées à certains intervalles pendant les examens au lieu de prévoir du temps supplémentaire (voir aussi les conseils dans la section consacrée aux enfants et aux adolescents).</li><li>- Modifications de l'environnement pour réduire les exigences sensorielles ou pour répondre aux besoins sensoriels (par exemple, en termes d'éclairage et de bruit).</li><li>- Soutien pendant les périodes non structurées de la journée et accès à des zones calmes afin de réduire l'anxiété sociale.</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Assistance personnelle</i><ul style="list-style-type: none"><li>- Utilisation d'un outil de modification de la langue orale pour expliquer ou reformuler la langue dans une épreuve d'examen et en clarifier le sens pour le candidat (cette méthode est utilisée par le Joint Council for Qualifications [109]).</li><li>- Reconnaissance de la demande et des difficultés supplémentaires que rencontrent les étudiants lorsqu'ils font des excursions, des sorties et/ou des activités extérieures qui impliquent des changements importants dans la routine.</li><li>- Formation et accès aux technologies d'assistance (par exemple, la reconnaissance vocale).</li><li>- Accès à un soutien en cas de difficultés liées à la performance et/ou aux relations</li></ul></li></ul>

interpersonnelles.

- *Assistance organisationnelle*
  - Instructions et conseils explicites fournis sous forme visuelle (plans d'affectation, horaires, délais, changements de routine).
  - Fournir un suivi et un soutien proactifs réguliers pour s'assurer que les élèves s'adaptent bien sur le plan scolaire, social et émotionnel.
  - Organiser des possibilités de stages en entreprise avec une recommandation de mentorat et/ou un système de "soutien par les pairs" qui fournit un suivi et une orientation de soutien.

Des approches positives et créatives devraient être utilisées pour aider les individus à passer leur temps efficacement et à identifier les opportunités d'emploi. Il peut s'agir de stages volontaires et soutenus afin que l'individu comprenne les attentes liées à son travail. Pour ceux qui sont capables de les tolérer, des groupes de compétences partagées peuvent aider dans le processus de formation et fournir un cadre pour développer des compétences de communication sociale et réduire l'isolement. Toutefois, un soutien professionnel formel à cet égard n'est pas systématiquement fourni et il incombe souvent aux parents/aidants ou aux amis de fournir des conseils et un soutien pour naviguer dans les attentes professionnelles.

Les personnes ayant un TDAH et un TSA concomitants peuvent souvent avoir besoin d'un soutien pour les candidatures et les entretiens, ainsi que pour gérer le processus de recrutement. Cela implique également de réfléchir à la meilleure façon et au meilleur moment de révéler que la personne souffre d'un handicap. Les tests professionnels peuvent comprendre des tests objectifs qui exigent d'une personne qu'elle envisage des scénarios interpersonnels et qui peuvent ne pas être appropriés pour les personnes autistes. L'une de ces évaluations est le Civil Service Judgement Test, qui est couramment utilisé au Royaume-Uni pour le recrutement de personnel par la fonction publique [125]. Les personnes autistes peuvent être désavantagées par le contenu et le processus de ce type d'évaluation, qui comprend l'obligation d'envisager des scénarios interpersonnels en ligne et d'évaluer la façon dont elles réagiraient (à partir d'un format à choix multiple en 4 points). Le candidat doit donc déduire des informations telles que les croyances, les intentions, les désirs, les émotions et/ou les connaissances des personnes qui interagissent dans ces brefs scénarios (présentés dans un texte uniquement ou à la fois dans un texte et une vidéo). Ce processus, connu sous le nom de "théorie de l'esprit", peut être difficile pour certaines personnes autistes en raison de leur difficulté à attribuer des états mentaux à la fois à eux-mêmes et aux autres. Une personne autiste peut être gênée dans sa capacité à décider de la meilleure ligne de conduite parce qu'elle ne dispose pas d'informations suffisantes pour envisager et choisir une réponse parmi des options fixes (qui peuvent être perçus comme des concepts arbitraires et indéfinis, tels que "contre-productif, inefficace, assez efficace, efficace"). Dans la "vraie vie", ils pourraient s'appuyer sur des indices environnementaux et des informations contextuelles.

De nombreux jeunes et adultes sont confrontés à des exigences quotidiennes qui remettent en question leur fonctionnement exécutif, ce qui entraîne des difficultés en matière de ponctualité, de gestion du temps, d'organisation et de hiérarchisation du travail, de gestion de la charge de travail et de respect des délais. Les aides utiles au travail comprennent le tutorat, le jumelage avec un collègue plus expérimenté, le suivi et l'adoption d'aides technologiques telles que des applications et des logiciels génériques. Pour éviter toute confusion et/ou une mauvaise hiérarchisation des tâches, il est recommandé de communiquer explicitement les attentes et les informations à l'employé (tant verbalement que par écrit).

De nombreuses professions comportent un aspect interpersonnel (par exemple, traiter avec le public, travailler en équipe avec des collègues, assister à des réunions, faire des présentations, apprécier et respecter les systèmes de gestion hiérarchique). Les personnes ayant un TDAH ou un

TSA peuvent avoir du mal à gérer les relations sur le lieu de travail, en particulier celles qui évitent activement la communication sociale, qui n'apprécient pas les " règles du bureau ", les attentes et les limites professionnelles (qui ne sont souvent pas explicites) et/ou qui ne comprennent pas pleinement la nécessité d'adhérer aux hiérarchies établies. Ils peuvent devenir très anxieux, irritables et, dans certains cas, excités et conflictuels. Ils peuvent avoir besoin d'aide pour résoudre leurs différends avec leurs collègues avant qu'ils ne dégénèrent en conflits plus formels. Les conflits sur le lieu de travail (liés aux performances et aux relations interpersonnelles) peuvent être évités grâce à un accompagnement permettant de comprendre (1) la structure organisationnelle du lieu de travail et (2) les attentes quant à la manière de s'habiller et de se comporter au travail et en quoi cela diffère de la vie à la maison ou des relations avec les amis. Ces problèmes sont exacerbés lorsque le TDAH et les TSA se manifestent simultanément, ce qui entraîne des besoins et une prestation de services plus complexes.

La tolérance du personnel peut être renforcée par une formation à la neurodiversité afin d'améliorer la compréhension générale entre collègues. Les employeurs doivent être attentifs à la législation sur l'égalité, comme la loi britannique sur l'égalité de 2010, la loi sur l'autisme de 2009 (la toute première législation spécifique au handicap en Angleterre) et Think Autism 2014, et à l'importance de procéder à des ajustements raisonnables afin d'éviter le risque de discrimination fondée sur le handicap.

Certaines personnes ayant un TDAH ou un TED jouissent d'un certain degré d'indépendance en termes de profession et de conditions de vie, mais il n'est pas rare qu'elles aient du mal à gérer leurs finances personnelles. Un accompagnement peut être nécessaire pour les aider à apprendre à planifier et à budgétiser leurs engagements financiers afin de s'assurer que les factures essentielles (par exemple, le loyer, les services publics, le téléphone) sont payées à temps et/ou, si nécessaire, de réduire et de consolider leurs dettes.

## **Traitement pharmacologique du TDAH et des TSA chez les enfants et les adultes**

Un résumé du consensus atteint concernant les interventions pharmacologiques pour le TDAH et les TSA lorsque ces affections se présentent comme un diagnostic comorbide (chez les enfants et les adultes) est présenté dans le tableau 10.

Le traitement pharmacologique des TSA et TDAH concomitants chez les enfants et les adultes n'est pas différent du traitement de chaque trouble séparément. Au Royaume-Uni, les directives du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) doivent être suivies pour le traitement pharmacologique du TDAH en tant qu'affection distincte ; des médicaments sont couramment proposés pour traiter les symptômes du TDAH (généralement des médicaments stimulants et non stimulants) à la fois chez les personnes atteintes de TDAH et chez celles présentant un TDAH et un TSA concomitants. Les médicaments contre le TDAH ne doivent pas être proposés pour traiter les personnes autistes (sans TDAH concomitant) car il n'y a pas de preuve d'un effet positif dans cette population [126,127,128].

**Tableau 10 - Recommandations pratiques pour les enfants et les adultes ayant un TDAH et un TSA comorbides : interventions pharmacologiques**

1. Chez les enfants, l'intervention pharmacologique doit être précédée d'une observation du comportement et d'une intervention psychologique comme traitement de première ligne.
2. Si les interventions psychologiques/environnementales échouent chez les enfants, alors les médicaments contre le TDAH peuvent être utiles pour traiter les symptômes d'inattention, d'hyperactivité, d'impulsivité, d'agressivité, d'irritabilité et de labilité émotionnelle.
3. Les adultes se voient souvent prescrire des médicaments avant les interventions psychologiques, car ceux-ci peuvent être moins couramment disponibles.
4. Les directives officielles (par exemple NICE) doivent être suivies pour le traitement pharmacologique du TDAH et du TSA en tant que pathologies distinctes. Il n'existe pas de traitement pharmacologique recommandé pour les symptômes principaux des TSA en tant que tels.
5. Les antipsychotiques de deuxième génération peuvent être utilisés avec prudence pour le traitement à court terme de l'irritabilité chez les enfants et les adolescents autistes, bien que les interventions comportementales et environnementales soient des traitements de première ligne.
6. Étant donné les taux élevés de comorbidité associés au TDAH et aux TSA, il faut envisager de recourir à des médicaments pour traiter les états comorbides tels que l'anxiété, les troubles de l'humeur et les troubles du sommeil.
7. Une attention particulière doit être accordée aux effets secondaires de tout traitement pharmacologique en raison de la probabilité accrue de leur apparition dans ce groupe.
8. Il convient d'adopter une approche "faible et lente" de la posologie, car les personnes souffrant de ces deux troubles peuvent être plus résistantes au traitement et plus sensibles aux effets des médicaments (notamment en ce qui concerne les effets secondaires). Les médicaments doivent être administrés pendant la période la plus courte possible et faire l'objet d'un suivi attentif pendant toute la durée du traitement.
9. De bonnes lignes de communication doivent être établies entre l'école et les services de psychiatrie infantile/pédiatrie (selon le cas) afin de surveiller l'effet du traitement dans les établissements scolaires.
10. En raison de problèmes sensoriels et de difficultés physiques, les personnes autistes peuvent être incapables de consommer des médicaments sous forme de comprimés (par exemple, difficulté à avaler, aversion pour les comprimés). Dans ce cas, des préparations liquides doivent être prescrites.
11. Une approche prudente doit être adoptée lors de la prescription de médicaments stimulants à des personnes âgées ou à d'autres personnes ayant des antécédents de problèmes cardiaques.
12. Un traitement pharmacologique n'est pas conseillé aux femmes ayant un TDAH et un TSA pendant la grossesse.
13. Pour les personnes pour lesquelles le consentement éclairé peut poser problème, l'utilisation d'outils d'observation et de compte rendu adaptés au comportement, tels que des représentations visuelles ou des échelles visuelles analogiques, peut être utile.
14. Des objectifs clairs et des mesures de résultats doivent être spécifiés et contrôlés afin de déterminer l'efficacité des médicaments prescrits. Les outils de compte rendu décrits ci-dessus peuvent également être utiles aux personnes qui ont des difficultés à identifier ou à décrire leurs pensées, leurs sentiments et leurs sensations afin de faciliter les comptes rendus subjectifs des résultats et des effets secondaires du traitement.
15. Toutes les informations relatives au traitement doivent être consignées dans un plan de gestion des médicaments, qui doit être intégré à un plan de soins collaboratifs sur mesure pour la personne, y compris un plan de soutien au comportement positif afin de garantir la cohérence des interventions (y compris éducatives) entre les différents soignants, le personnel et le ou les utilisateurs de services. Le plan de soins doit être partagé avec toutes les parties concernées, avec le consentement approprié.

En effet, il n'existe pas de traitement pharmacologique orthodoxe des TSA, que ce soit chez les enfants ou chez les adultes, qui ait une base de données probantes sur l'effet du traitement (128). Les médicaments antipsychotiques pour les principaux symptômes des TSA ont été largement utilisés dans certains pays ; cependant, la base de données probantes soutenant leur utilisation dans

cette population est négligeable et le risque d'effets indésirables est élevé. Les antipsychotiques de deuxième génération, en particulier la rispéridone et l'aripiprazole, ont été utilisés pour le traitement à court terme des accès de colère chez les enfants et les adolescents autistes, dont certains souffriront de TDAH (129). De faibles doses, des examens réguliers et une utilisation à court terme sont conseillés. Toutefois, leur utilisation est approuvée à des degrés variables selon les pays et les interventions comportementales et environnementales sont des traitements de première ligne. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) ne sont pas clairement utiles pour traiter les comportements répétitifs chez les enfants et les adultes ayant un TSA et un TDAH comorbides (130).

Lorsqu'une personne a reçu un diagnostic de TDAH et de TSA, le point de déclenchement de la prescription de médicaments est le moment où la présentation des symptômes du TDAH est grave et/ou associée à des déficiences qui entravent le développement et la réussite personnels, sociaux et éducatifs. Toutefois, étant donné le chevauchement important des symptômes entre les deux affections, lorsqu'un individu (enfant ou adulte) présente les deux, il est utile de commencer par des interventions psychologiques/environnementales pour traiter les difficultés associées aux TSA, surveiller les résultats et revoir la nécessité de prendre des médicaments, le cas échéant. Dans l'enfance et l'adolescence, si les interventions psychologiques/environnementales échouent, les médicaments contre le TDAH (stimulants et non stimulants) sont utiles pour les symptômes caractéristiques de l'inattention, de l'hyperactivité et de l'impulsivité lorsqu'ils sont clairement évidents (par exemple, distinguer l'agitation de l'hyperactivité) et qu'ils découlent du TDAH [131,132,133]. Toutefois, chez les adultes présentant un TSA et un TDAH concomitants, des médicaments pour traiter leur TDAH doivent être proposés selon les besoins, avec un suivi régulier, et ne doivent pas attendre la fin du traitement psychologique. C'est particulièrement le cas lorsqu'il y a une pénurie de services psychologiques spécialisés pour les adultes ayant un TSA/TDAH et lorsque les médicaments pour le TDAH peuvent être une option de traitement plus immédiatement disponible. Les médicaments pour le TDAH peuvent également permettre aux adultes de mieux se concentrer et de maximiser les bénéfices du traitement psychologique.

Les prescripteurs doivent être attentifs à la présence d'affections ou de problèmes coexistant avec un TDAH et un TSA combinés et, le cas échéant, prescrire des médicaments, par exemple la mélatonine peut aider à soulager l'insomnie associée aux stimulants. Un ISRS peut être prescrit pour traiter la dépression et/ou réduire l'anxiété, mais il doit être utilisé avec prudence. Par exemple, les ISRS peuvent interagir négativement avec l'amphétamine et, aux États-Unis, l'emballage des médicaments est muni d'une " case noire " avertissant du risque de suicide chez les jeunes (bien que cette pratique ne soit pas comparable au Royaume-Uni ou en Europe). L'utilisation d'antipsychotiques de deuxième génération pour réduire les comportements agressifs, en particulier en association avec des troubles oppositionnels comorbides ou des troubles du comportement, est mentionnée ci-dessus. Il n'existe que peu de preuves suggérant que les stimulants aggravent les tics [134], bien que la possibilité d'une augmentation des tics chez certains individus ne doive pas être ignorée et que les médicaments doivent être adaptés en conséquence.

Le traitement par (tout) médicament ne doit pas être administré pour compenser des déficits dans l'environnement de l'individu, tels que des niveaux de personnel inadéquats ou un manque de formation et de compétences. Les médicaments ne doivent être utilisés que pendant la période la plus courte possible, avec des objectifs clairement définis et des mesures d'efficacité en place. Les résultats du traitement doivent être étroitement surveillés, notamment en ce qui concerne les effets secondaires. Tout médicament qui n'est pas efficace doit être arrêté.

Une proportion importante de personnes autistes peut avoir des difficultés à identifier ou à décrire leurs pensées, leurs sentiments et leurs sensations, ce qui peut entraîner des difficultés à obtenir des rapports subjectifs sur les résultats et les effets secondaires du traitement (même pour les personnes sans déficience intellectuelle). Cela peut être facilité par des représentations visuelles des états



d'âme, des échelles visuelles analogiques, des croquis et des dessins. Ces méthodes peuvent également aider les praticiens à obtenir un consentement éclairé dans les cas où cela est problématique.

Lorsqu'ils traitent des personnes ayant un TDAH et un TSA concomitants, les praticiens doivent être particulièrement attentifs aux points suivants :

- Il existe peu de données sur le traitement des patients atteints à la fois de TDAH et de TSA avec des médicaments contre le TDAH, et il convient d'adopter une approche prudente et circonspecte lors du traitement des enfants et des adultes ayant un TDAH et un TSA concomitants (par rapport à la prescription pour le TDAH seul). Les prescripteurs doivent "commencer doucement et aller lentement", car les personnes atteintes des deux troubles peuvent être plus résistantes au traitement et plus sensibles aux effets des médicaments, notamment en ce qui concerne les effets secondaires. Certaines personnes peuvent avoir des seuils plus bas pour ressentir les effets secondaires des médicaments, qui comprennent des troubles du sommeil, une diminution de l'appétit, des tics, une volatilité de l'humeur et de l'irritabilité [131].
- En collaboration avec l'enfant et les parents/tuteurs, des objectifs clairs et des mesures de résultats doivent être spécifiés et contrôlés afin de déterminer l'efficacité des médicaments prescrits, y compris les médicaments contre l'agressivité, l'anxiété et les problèmes de sommeil.
- En raison de problèmes sensoriels et de difficultés physiques, les personnes autistes peuvent éprouver des difficultés à consommer les médicaments sous forme de comprimés (par exemple, difficulté à avaler, aversion pour les comprimés). De nombreux médicaments sont disponibles sous forme liquide ou sous forme de préparations à saupoudrer.
- Les jeunes atteints de TDAH courent un risque plus élevé de grossesse chez les adolescentes [111, 112], et il n'est pas conseillé de traiter les femmes enceintes avec des médicaments stimulants. Il est important de mettre en place un soutien alternatif pour les personnes qui ne prennent pas de médicaments pour cette raison (voir la section sur les interventions non pharmacologiques).
- Un plan de gestion des médicaments doit être fourni à la personne et/ou aux parents/aidants, selon le cas, détaillant les informations sur les traitements pharmacologiques de la personne. Il s'agit de préciser l'indication de l'utilisation du médicament, le médicament utilisé, les mesures des effets et des effets secondaires, et le plan d'ajustement progressif du dosage et de changement ou d'augmentation du médicament, si cela s'avère nécessaire.

## Conclusions

La cooccurrence du TDAH et du TSA est courante, et la présence de ces deux troubles exacerbe les difficultés au-delà de celles que connaît l'un ou l'autre d'entre eux. L'identification et l'évaluation du TDAH et des TSA sont complexes en raison d'étiologies communes, de symptômes qui se chevauchent et de caractéristiques communes. L'intervention et la gestion de ces deux troubles sont compliquées par leurs caractéristiques fondamentales et par la coexistence de problèmes de développement neurologique et de santé mentale. Ceux-ci peuvent avoir un impact significatif sur l'engagement, l'efficacité et les résultats des interventions pharmacologiques et psychologiques. Les troubles neurodéveloppementaux sont souvent négligés chez les enfants et les adultes, en particulier lorsqu'ils présentent des taux élevés de comorbidité que les professionnels de la santé sont plus facilement en mesure de reconnaître, par exemple l'anxiété et la dépression. La situation est encore compliquée par le changement de présentation des symptômes à mesure que les jeunes grandissent, avec une diminution des symptômes hyperactifs/impulsifs dans le cas du TDAH et une amélioration de la communication sociale dans le cas du TSA. Ces "améliorations" peuvent toutefois être compensées par le développement de problèmes de santé mentale supplémentaires et de déficiences associées qui persistent à l'âge adulte.

C'est pourquoi l'UKAP a organisé une réunion d'experts en matière de TDAH et de TSA issus de diverses disciplines dans le but de parvenir à un consensus sur les méthodes les plus appropriées pour identifier et évaluer les TDAH et les TSA concomitants. Nous avons également cherché à nous mettre d'accord sur les interventions et les traitements les plus efficaces pour le TDAH et les TSA chez les enfants et les adultes. Les recommandations consensuelles pour la pratique sont résumées dans les tableaux 1, 4, 5, 7, 8 et 10.

Des obstacles à l'obtention de résultats positifs existent dans les domaines clinique, social et éducatif. Il s'agit notamment du faible accès aux soins, du manque de formation du personnel de santé, des enseignants et des professionnels apparentés, de la connaissance insuffisante de la problématique de la présentation féminine, du manque de coordination des soins et de la médiocrité du travail interinstitutionnel, des taux élevés de comorbidité et de problèmes fonctionnels qui limitent la capacité de l'individu à s'engager efficacement dans un programme, de l'incapacité de l'individu à défendre ses intérêts, de la stigmatisation (même au sein de la famille), de la nécessité d'initiatives psychoéducatives adaptées à l'âge, de mauvaises stratégies d'adaptation et de problèmes de toxicomanie qui peuvent avoir un impact significatif sur la capacité de l'individu à s'engager dans un programme et/ou dans des interventions spécifiques. Malheureusement, certains obstacles sont le résultat d'une adhésion rigide au même plan clinique qui est en vigueur depuis de nombreuses années sans que des modifications soient apportées en fonction de l'évolution de la présentation et des besoins de l'enfant ou de l'adulte. La volonté d'apporter des changements pour répondre aux besoins variés des personnes souffrant de TDAH et de TSA concomitants au fil des ans contribuera à éliminer ces obstacles.

Compte tenu de la complexité de leurs besoins, les enfants et les adultes ayant un TDAH et un TSA concomitants sont des "patients à forte intensité de ressources" et l'expérience pour l'utilisateur du service est souvent qu'ils sont transférés d'un service à l'autre. Cela retarde l'accès de l'individu et des parents/aidants à un traitement et un soutien appropriés, parfois pendant de nombreuses années. Les personnes qui ont un TDAH ou un TSA ne doivent pas se voir refuser une évaluation appropriée, en particulier lorsqu'un examen indique que cela est justifié, afin de garantir que leurs besoins fondamentaux sont identifiés et satisfaits de manière appropriée. Les services sont mieux adaptés au soutien des personnes souffrant de handicaps intellectuels (c'est-à-dire avec des services spécialisés en milieu hospitalier ou des établissements de soins de proximité), mais les services de consultation externe de proximité pour les personnes sans handicap intellectuel sont moins

nombreux, en particulier pour les adultes, ce qui laisse aux services de santé et de soutien dirigés par les usagers le soin de "combler le vide". Compte tenu du nombre de points communs entre les personnes ayant un TDAH et un TSA, la mise en œuvre de services intégrés de neurodéveloppement, avec la contribution d'une équipe multidisciplinaire travaillant dans les communautés et les établissements résidentiels, constituera une prestation de services efficace, rentable et conviviale et permettra d'obtenir de meilleurs résultats pour toutes les parties concernées. Ce modèle a été mis en œuvre avec succès par l'Integrated Children's Service (ICS) dans certaines régions du Royaume-Uni. Il est urgent de fournir des services plus nombreux et de meilleure qualité pour répondre aux besoins complexes des personnes souffrant de TDAH et de TSA concomitants.

Il existe un besoin évident de formation sur le TDAH et les TSA, à la fois individuellement et en tant qu'états comorbides, dans le domaine des soins de santé et des services connexes.

Malheureusement, en dépit des directives cliniques internationales contraires, le scepticisme "profane" et la résistance à la validité du TDAH peuvent affecter la perception des besoins en matière de soins.

En raison de la complexité de la présentation lorsque les deux conditions sont réunies, des collaborations interinstitutionnelles sont nécessaires pour assurer une prestation de soins réussie en s'appuyant sur l'expertise des professionnels travaillant dans les services d'aide sociale, de santé et d'éducation. Le cas échéant, la contribution de plusieurs agences devrait être incluse dans le plan de soins de la personne et partagée en conséquence. Outre la formation à la reconnaissance du TDAH, des TSA ou des deux conditions chez les enfants et les adultes, une formation doit être dispensée sur les comorbidités supplémentaires qui peuvent être présentes, les différences de présentation entre les sexes, les protocoles d'évaluation appropriés et le processus d'orientation, le traitement et les interventions disponibles (tant médicales que psychologiques), les besoins de la famille et des soignants, les collaborations entre organismes et les principaux points de transition des besoins tout au long de la vie.

On espère que ce consensus aidera les professionnels des soins de santé et les professionnels apparentés de diverses disciplines à identifier et à traiter efficacement les personnes avec TDAH et TSA. Des diagnostics précis et opportuns et des interventions appropriées augmenteront sans aucun doute les résultats positifs tout au long de la vie. La recherche sur le TDAH et les TSA en tant que pathologies concomitantes, y compris les différences entre les sexes et les résultats à long terme (avec et sans traitement), est insuffisante. En particulier, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour établir une base de données probantes sur les traitements les plus efficaces pour les enfants et les adultes, hommes et femmes, qui souffrent des deux troubles.

*Remerciements - Financement - Informations sur les auteurs - Affiliations - Contributions - Auteur correspondant : Correspondance avec Susan Young. - Déclarations éthiques*

---

## **Guide pratique pour l'autisme : recommandations pour le diagnostic et le traitement**

*La Société européenne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ESCAP) a adopté ce document préparé par Joaquin Fuentes, Amaia Hervás et Patricia Howlin qui résume les informations actuelles sur l'autisme et se concentre sur les moyens de détecter, diagnostiquer et traiter cette condition.*

[Traduction article complet Document PDF \(58 pages, avec références et matériel supplémentaire\) 25/ 07/2020](#)

## Références

1. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942–8. [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
2. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387(10024):1240–50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00238-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X). [Article](#) [PubMed](#) [Google Scholar](#)
3. Hollingdale J, Woodhouse E, Young S, Fridman A, Mandy W. Autistic spectrum disorder symptoms in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytical review. *Psychol Med, BMC Psychiatry*. 19:404. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2284-3>.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
5. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(6):631–42. [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
6. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4). doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
7. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):204–11. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827>.  
[Article](#) [PubMed](#) [Google Scholar](#)
8. Michielsen M, Semeijn E, Comijs HC, Van de Ven P, Beekman TF, Deeg DJH, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in the Netherlands. *Br J Psychiatry*. 2012;201(4):298–305.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
9. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006;36(2):159–65. [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
10. Weiss G, Hechtman LT. Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1993.
11. World Health Organization. (2016). International classification of diseases 11th ed (ICD-11). <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. Accessed 21 Apr 2019.
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. 4th ed (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.
13. World Health Organization. (2018). International classification of diseases 11th ed (ICD-11). Update. <https://icd.who.int/dev11/f/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f821852937>. Accessed 21 Apr 2019.
14. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*. 2019;56:14–34  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933818301962>. [CAS](#) [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
15. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2015;7(1):27–38.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
16. Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatr Clin N Am*. 1999;46(5):915–27. [CAS](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
17. Pliszka SR, Carlson CL, Swanson JM. ADHD with comorbid disorders: clinical assessment and management. New York: Guilford Press; 1999. [Google Scholar](#)
18. Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychol Med*. 1999;29(3):515–25. [CAS](#) [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
19. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716–23.

[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

20. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aquilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017;9(1):47–65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3> Epub 2016 Nov 19.

[Article](#) [PubMed](#) [Google Scholar](#)

21. Young S, Moss D, Sedgwick O, Fridman M, Hodgkins P. A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychol Med*. 2015;45(2):247–58.

[CAS](#) [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

22. Young S, Sedgwick O, Fridman M, Gudjonsson G, Hodgkins P, Lantigua M, et al. Co-morbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2015;45(12):2499–510.

[CAS](#) [PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

23. Elsabbagh M, Divan G, Koh Y-J, Kim YS, Kauchali S, Marcín C, et al. Global prevalence of ASD and other pervasive developmental disorders. *Autism Res*. 2012;5(3):160–79. [PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

24. Christensen DL, Maenner MJ, Bilder D, Constantino JN, Daniels J, Durkin MS, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 4 years – early autism and developmental disabilities monitoring network, seven sites, United States, 2010, 2012, and 2014. *MMWR Surveill Summ*. 2019;68(2):1–19.

<https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6802a1>. [Article](#) [PubMed](#) [PubMed Central](#) [Google Scholar](#)

25. Murphy CM, Wilson CE, Robertson DM, Ecker C, Daly EM, Hammond N, et al. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1669–86.

[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

26. Pourcain BS, Mandy WP, Heron J, Golding J, Smith GD, Skuse DH. Links between co-occurring social-communication and hyperactive-inattentive trait trajectories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(9–6):892–902 e5. [Article](#) [Google Scholar](#)

27. Robinson EB, Munir K, Munafò MR, Hughes M, McCormick MC, Koenen KC. Stability of autistic traits in the general population: further evidence for a continuum of impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(4):376–84. [Article](#) [Google Scholar](#)

28. World Health Organization. (2018). WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). June 18, 2018. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f437815624>. Accessed 23 June 2019.

29. Levy SE, Giarelli E, Lee LC, Schieve LA, Kirby RS, Cunniff C, et al. Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States. *J Dev Behav Pediatr*. 2010;31(4):267–75. [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

30. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(8):921–9. [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

31. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O, et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*. 2009;9(1):35.

[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

32. Howlin P, Magiati I. Autism spectrum disorder: outcomes in adulthood. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(2):69–76.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

33. Rommelse NN, Franke B, Geurts HM, Hartman CA, Buitelaar JK. Shared heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Eur Child Adolescent Psychiatry*. 2010;19(3):281–95.

[Article](#) [Google Scholar](#)

34. Lee SH, Ripke S, Neale BM, Faraone SV, Purcell SM, Perlis RH, et al. Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat Genet*. 2013;45(9):984–94.

[CAS](#) [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

35. Ronald A, Simonoff E, Kuntsi J, Asherson P, Plomin R. Evidence for overlapping genetic influences on autistic and ADHD behaviours in a community twin sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(5):535–42.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

36. Antshel KM, Zhang-James Y, Faraone SV. The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Review Neurother*. 2013;13(10):1117–28.

[CAS](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

37. Jung M, Tu Y, Park J, Jorgenson K, Lang C, Song W, et al. Surface-based shared and distinct resting functional connectivity in attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Br J Psychiatry*. 2019;214(6):339–44. [PubMed](#) [Article](#) [PubMed Central](#) [Google Scholar](#)

38. Christakou A, Murphy CM, Chantiluke K, Cubillo AI, Smith AB, Giampietro V, et al. Disorder-specific functional abnormalities during sustained attention in youth with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and with autism. *Mol Psychiatry*. 2013;18(2):236–44. <https://doi.org/10.1038/mp.2011.185>.

[CAS](#) [Article](#) [PubMed](#) [Google Scholar](#)

39. Chantiluke K, Christakou A, Murphy CM, Giampietro V, Daly EM, Ecker C, et al. Disorder-specific functional abnormalities during temporal discounting in youth with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), autism and comorbid ADHD and autism. *Psychiatry Res*. 2014;223(2):113–20.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

40. Boedhoe PSW, van Rooij D, Hoogman M, Twisk JWR, Schmaal L, Abe Y, et al. Subcortical brain volume, regional cortical thickness and surface area variations across attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), autism spectrum disorder (ASD), and obsessive-compulsive disorder (OCD). In submission. *Am J Psychiatry Preprint* available doi. <https://doi.org/10.1101/673012>.

41. Kern JK, Geier DA, Sykes LK, Geier MR, Deth RC. Are ASD and ADHD a continuum? A comparison of pathophysiological similarities between the disorders. *J Atten Disord*. 2015;19(9):805–27.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

42. Corbett BA, Constantine LJ, Hendren R, Rocke D, Ozonoff S. Examining executive functioning in children with autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder and typical development. *Psychiatry Res*. 2009;166(2–3):210–22.

[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

43. Leitner Y. The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children – what do we know? *Front Hum Neurosci*. 2014;8(268):1–8. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00268>.

[Article](#) [Google Scholar](#) 44. Sinzig J, Walter D, Doepfner M. Attention deficit/disorder in children and adolescents with autism spectrum disorder: symptom or syndrome? *J Atten Disord*. 2009;13(2):117–26.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#) hyperactivity

45. Lee DO, Ousley OY. Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *J Child Adolescent Psychopharmacol*. 2007;16(6):737–46.

[Article](#) [Google Scholar](#)

46. Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, et al. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord*. 2006;36(7):849–61.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

47. Young S, González R, Mullens H, Mutch L, Mallet-Lambert I, Gudjonsson GH. Neurodevelopmental disorders in prison inmates: comorbidity and combined associations with psychiatric symptoms and behavioural disturbance. *Psychiatry Res*. 2018;261:109–15.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

48. Culpin I, Mars B, Pearson RM, Golding J, Heron J, Bubak I, et al. Autistic traits and suicidal thoughts, plans, and self-harm in late adolescence: population-based cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(5):313–20.

[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

49. Hirvikoski T, Mittendorfer-Rutz E, Boman M, Larsson H, Lichtenstein P, Bölte S. Premature mortality in autism spectrum disorder. *Br J Psychiatry*. 2016;208(3):232–8.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

50. Skirrow C, McLoughlin G, Kuntsi J, Asherson P. Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Rev Neurother.* 2009;9(4):489–503.  
<https://doi.org/10.1586/ern.09.2>  
[Article](#) [PubMed](#) [Google Scholar](#)
51. Karam RG, Breda V, Picon FA, Rovaris DL, Victor MM, Salgado CAI, et al. Persistence and remission of ADHD during adulthood: a 7-year clinical follow-up study. *Psychol Med.* 2015;45(10):2045–56.  
[CAS](#) [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
52. Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J Atten Disord.* 2002;5(3):143–54.  
[CAS](#) [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
53. Lai MC, Lombardo MV, Auyeung B, Chakrabarti B, Baron-Cohen S. Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(1):11–24.  
[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
54. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(8):1036–45.  
[CAS](#) [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
55. Mandy W, Chilvers R, Chowdhury U, Salter G, Seigal A, Skuse D. Sex differences in autism spectrum disorder: evidence from a large sample of children and adolescents. *J Autism Dev Disord.* 2012;42(7):1304–13.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
56. Sun X, Allison C, Auyeung B, Zhang Z, Matthews FE, Baron-Cohen S, et al. Validation of existing diagnosis of autism in mainland China using standardised diagnostic instruments. *Autism.* 2015;19(8):1010–7.  
[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
57. Becker MM, Wagner MB, Bosa CA, Schmidt C, Longo D, Papaleo C, et al. Translation and validation of Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) for autism diagnosis in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2012;70(3):185–90.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
58. Matson JL, Worley JA, Fodstad JC, Chung KM, Suh D, Jhin HK, et al. A multinational study examining the cross-cultural differences in reported symptoms of autism spectrum disorders: Israel, South Korea, the United Kingdom, and the United States of America. *Res Autism Spectr Disord.* 2011;5(4):1598–604.  
[Article](#) [Google Scholar](#)
59. Sonuga-Barke EJS, Minocha K, Taylor EA, Sandberg S. Inter-ethnic bias in teachers' ratings of childhood hyperactivity. *Br J Dev Psychol.* 1993;11(2):187–200.  
[Article](#) [Google Scholar](#)
60. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics.* 2011;127(3):462–70.  
[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
61. La Malfa G, Lassi S, Bertelli M, Salvini R, Placidi GF. Autism and intellectual disability: a study of prevalence on a sample of the Italian population. *J Intellect Disabil Res.* 2004;48(3):262–7.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
62. Wigham S, Rodgers J, Berney T, Le Couteur A, Ingham B, Parr JR. Psychometric properties of questionnaires and diagnostic measures for autism spectrum disorders in adults: a systematic review. *Autism.* 2019;23(2):287–305.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
63. Rutter M, Bailey A, Lord C. The Social Communication Questionnaire (SCQ). Manual. 2003. Los Angeles: Western Psychological Services.
64. Constantino JN. Social Responsiveness Scale (SRS™-2), second edition. Manual. 2012.
65. Skuse DH, Mandy WP, Scourfield J. Measuring autistic traits: heritability, reliability, and validity of the social communication disorders checklist. *Br J Psychiatry.* 2005;187:568–72.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

66. Conners KC. Comprehensive behavior rating scales. Manual. 2008.

67. Conners KC, Erhardt D, Sparrow E. Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). Manual. 1999.

68. Swanson JM. The SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale. University of California, Irvine, CA 92715. [http://www.shared-care.ca/files/scoring\\_for\\_snap\\_iv\\_guide\\_26-item.pdf](http://www.shared-care.ca/files/scoring_for_snap_iv_guide_26-item.pdf). Accessed 24 Apr 2020.

69. Ustun B, Adler LA, Rudin C, Faraone SV, Spencer TJ, Berglund P, et al. The World Health Organization adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report screening scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(5):520–6.

[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

70. Young S. RATE and RATE-C Scales. 2007. <https://www.psychology-services.uk.com/adhd.htm>. Accessed 24 Apr 2020.

71. Wolraich M. The Vanderbilt ADHD diagnostic rating scale. <https://psychology-tools.com/test/vadrs-vanderbilt-adhd-diagnostic-rating-scale>. Accessed 23 June 2019.

72. Scoring instructions for the NICHQ Vanderbilt Assessment Scales (pdf). American Academy of Pediatrics. [https://www.nichq.org/sites/default/files/resource-file/NICHQ\\_Vanderbilt\\_Assessment\\_Scales.pdf](https://www.nichq.org/sites/default/files/resource-file/NICHQ_Vanderbilt_Assessment_Scales.pdf). Accessed 23 June 2019.

73. K-SADS-PL Screener (2016). <https://www.kennedykrieger.org/sites/default/files/library/documents/faculty/ksads-dsm-5-screener.pdf>. Accessed 21 Apr 2019.

74. K-SADS-PL DSM-5 Supplement 4: Neurodevelopmental, disruptive and conduct disorders supplement (2016). [https://www.pediatricbipolar.pitt.edu/sites/default/files/KSADS\\_DSM\\_5\\_Supp4\\_DevelopmentalDisruptiveDO\\_Final.pdf](https://www.pediatricbipolar.pitt.edu/sites/default/files/KSADS_DSM_5_Supp4_DevelopmentalDisruptiveDO_Final.pdf). Accessed 21 Apr 2019.

75. The Strengths and Difficulties Questionnaire. <http://sdqinfo.org/py/sdqinfo/b0.py>. Accessed 21 Apr 2019.

76. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disciplines*. 2000;41:645–55.

[CAS](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

77. McEwen FS, Steward CS, Colvert E, Woodhouse E, Curran s, Gillan N, et al. Diagnosing autism spectrum disorder in community settings using the Development and Well-Being Assessment: validation in a UK population-based twin sample. *J Child Psychol Psychiatry* 2016; 57(2):161–170.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

78. Young S. Diagnostic Autism Specftrum Interview. 2020. <https://www.psychology-services.uk.com/autism>. Accessed 24 Apr 2020.

79. Rutter M, Le Couteur A, Lord C. ADRI-R: Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). 2003. Western Psychological Services, Los Angeles. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1423674](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1423674) Accessed 21 Apr 2019.

80. Wing L, Leekam S, Libby S, Gould J, Larcombe M. The diagnostic interview for social and communication disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43(3):307–25.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

81. Skuse D, Warrington R, Bishop D, Chowdhury U, Lau J, Mandy W, et al. The developmental, dimensional and diagnostic interview (3Di): a novel computerized assessment for autism spectrum disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(5):548–58.

[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

82. Young S. ACE: ADHD Child Interview. 2015. <https://www.psychology-services.uk.com/adhd>. Accessed 24 Apr 2020.

83. Young S. ACE+: ADHD Interview Adult. 2016. <https://www.psychology-services.uk.com/adhd>. Accessed 24 Apr 2020.

84. Kooij JJ. Adult ADHD: diagnostic assessment and treatment. 3rd ed. London: Springer; 2013.

[Google Scholar](#)



85. Furczyk K, Thorne J. Adult ADHD and suicide. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2014;6(3):153–8.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
86. Veenstra-VanderWeele J. Recognizing the problem of suicidality in autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018;57(5):302–3.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
87. Lord C, Luyster RJ, Gotham K, Guthrie W. Autism diagnostic observation schedule, second edition (ADOS-2) manual (part II): toddler module. Torrance: Western Psychological Services; 2012.  
[Google Scholar](#)
88. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop S. Autism diagnostic observation schedule, second edition (ADOS-2) manual (part I): modules 1–4. Torrance: Western Psychological Services; 2012.  
[Google Scholar](#)
89. Wechsler D. Wechsler intelligence scale for children-fifth edition. Bloomington: Pearson; 2014.  
[Google Scholar](#)
90. Wechsler D. Wechsler adult intelligence scale - fourth edition. Bloomington: Pearson; 2008.  
[Google Scholar](#)
91. Harrison P, Oakland T. Adaptive behavior assessment (ABAS-3) – third edition. Bloomington: Pearson; 2015.  
[Google Scholar](#)
92. Sparrow SS, Cicchetti DV, Saulnier CA. Vineland adaptive behavior scales (Vineland-3) - third edition. Bloomington: Pearson; 2016.  
[Google Scholar](#)
93. Kaufman AS, Kaufman NL. Kaufman assessment battery for children. Second edition. Normative update. Bloomington: Pearson; 2018.  
[Google Scholar](#)
94. Conners CK. Conners' continuous performance test - third edition. Bloomington: Pearson; 2014.  
[Google Scholar](#)
95. Ulberstad F. QbTest technical manual. rev. ed. Stockholm: QbTech AB; 2012. [Google Scholar](#)
96. Young S, Amarasinghe JA. Practitioner review: non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010;51(2):116–33.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
97. Pickles A, Le Couteur A, Leadbitter K, Salomone E, Cole-Fletcher R, Tobin H, et al. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Lancet.* 2016;388(10059):2501–9.  
[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
98. Green J, Charman T, McConachie H, Aldred C, Slonims V, Howlin P, et al. Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomized controlled trial. *Lancet.* 2010;375(9732):2152–60.  
[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
99. Kasan C, Gulsrud A, Paparella T, Helleman G, Berry K. Randomized comparative efficacy study of parent-mediated interventions for toddlers with autism. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(3):554–63.  
[Article](#) [Google Scholar](#)
100. Smith T, Iadarola S. Evidence base update for autism spectrum disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2015;44(5):897–922. [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
101. Young S, Smith J. *Helping Children with ADHD: A CBT Guide for Practitioners, Parents and Teachers.* Chichester: Wiley; 2017. [Google Scholar](#)
102. Young S. *The STAR detective facilitator manual: a cognitive behavioral group intervention to develop skilled*

- thinking and reasoning for children with cognitive, behavioral, emotional and social problems. London: Jessica Kingsley; 2017. [Google Scholar](#)
103. Young S. Becoming a STAR detective!: your detective's notebook for finding clues to how you feel. London: Jessica Kingsley; 2017. [Google Scholar](#)
104. Marshall D, Thomas T. Polygraphs and sex offenders: the truth is out there. *Probation J.* 2015;62(2):128–39.  
[Article](#) [Google Scholar](#)
105. Gudjonsson GH, Vrij A. A review of the current scientific status and fields of application of polygraphic deception of detection. Leicester: British Psychological Society; 2004. p. 1–31.
106. Pfiffner LJ, Rooney M, Haack L, Villodas M, Delucchi K, McBurnett K. A randomized controlled trial of a school-implemented school-home intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(9):762–70.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
107. Pfiffner LJ, Rooney ME, Jiang Y, Haack LM, Beaulieu A, McBurnett K. Sustained effects of collaborative school-home intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018;57(4):245–51. [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
108. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2007;104(49):19649–54 Epub 2007 Nov 16.  
[CAS](#) [PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
109. The Joint Council for Qualifications. <https://www.jcq.org.uk/>. Accessed 28 Apr 2019.
110. The Scottish Qualifications Authority. <https://www.sqa.org.uk/sqa/70972.html>. Accessed 28 Apr 2019.
111. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child.* 2005;90(suppl 1):i2–7.  
[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
112. Østergaard SD, Dalsgaard S, Faraone SV, Munk-Olsen T, Laursen TM. Teenage parenthood and birth rates for individuals with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017;56(7):578–84 e3.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
113. Emilsson, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, Einarsson E, Baldursson G, Olafsdottir H, et al. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2011;11:116 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-116>.  
[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
114. Young S, Khondoker M, Emilsson B, Sigurdsson JF, Philipp-Wiegmann F, Baldursson G, et al. A randomized controlled trial reporting functional outcomes of cognitive behavioural therapy in medication-treated adults with ADHD and comorbid psychopathology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2017;267(3):267–76.  
<https://doi.org/10.1007/s00406-016-0735-0>.  
[Article](#) [PubMed](#) [Google Scholar](#)
115. Young S, Khondoker M, Emilsson B, Sigurdsson JF, Philipp-Wiegmann F, Baldursson G, Olafsdottir H, Gudjonsson G. Cognitive behavioral therapy in medication-treated adults with ADHD and comorbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychol Med.* 2015;45(13):2793–804  
<https://doi.org/10.1017/S0033291715000756>.  
[CAS](#) [PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
116. Waugh A, Gudjonsson GH, Rees-Jones A, Young S (2014). A feasibility study of the Reasoning and Rehabilitation Mental Health Programme (R&R2MHP) in male offenders with intellectual disability. *Criminal Behaviour Mental Health.* 2014; (24)222–4.
117. Bramham J, Young S, Bickerdike Spain D, McCartan D, Xenitidis K. Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *J Atten Disord.* 2009;12(5):434–41.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)

118. Knouse LE, Teller J, Brooks MA. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for adult ADHD. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(7):737–50.  
[PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
119. Spain D, Sin J, Chalder T, Murphy D, Happe F. Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: a review. *Res Autism Spectr Disord*. 2015;9:151–62. [Article](#) [Google Scholar](#)
120. Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J, Mitchell K, Abikoff H, Alvir JM, et al. Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *Am J Psychiatry*. 2010;167(8):958–68. [PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
121. Russell AJ, Jassi A, Fullana MA, Mack H, Johnston K, Heyman I, et al. Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Depress Anxiety*. 2013;30(8):697–708. [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
122. Russell AJ, Mataix-Cols D, Anson MA, Murphy DG. Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder in people with autism spectrum disorders – a pilot study. *Psychother Psychosom*. 2009;78(1):59–61.  
[CAS](#) [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
123. Young S, Adamou M, Asherson P, Coghill D, Colley B, Gudjonsson G, et al. Recommendations for the transition of patients with ADHD from child to adult healthcare services: a consensus statement from the UK Adult ADHD Network. *BMC Psychiatry*. 2016;16:301. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1013-4>.  
[Article](#) [PubMed](#) [PubMed Central](#) [Google Scholar](#)
124. Young S, Murphy C, Coghill D. Avoiding the ‘twilight zone’: guidance and recommendations on ADHD and the transition between child and adult services. *BMC Psychiatry*. 2011;11:174 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-174>.  
[PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
125. Civil Service Judgement Test: A guide for candidates. Accessed 07 May 2019. <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Civil+Service+Situational+Judgment+Test&ie=UTF-8&oe=UTF-8>.
126. Sturman N, Deckx L, van Driel ML. Methylphenidate for children and adolescents with autism spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011144.pub2>.
127. Reichow B, Volkmar FR, Bloch MH. Systematic review and meta-analysis of pharmacological treatment of the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in children with pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(10):2435–41. [PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
128. Howes OD, Rogdaki M, Findon JL, Wichers RH, Charman T, King BH, et al. Autism spectrum disorder: consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2018;32(1):3–29. [Article](#) [PubMed](#) [Google Scholar](#)
129. Taylor DM, Barnes TR, Young AH. *The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry*, 13th edition. Chichester: Wiley; 2018.
130. Reiersen AM, Handen B. Commentary on ‘selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD)’. *Evid Based Child Health*. 2011;6(4):1082–5. [PubMed](#) [PubMed Central](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
131. Santosh PJ, Baird G, Pityaratstian N, Tavare E, Gringras P. Impact of comorbid autism spectrum disorders on stimulant response in children with attention deficit hyperactivity disorder: a retrospective and prospective effectiveness study. *Child Care Health Dev*. 2006;32(5):575–83. [CAS](#) [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
132. Politte LC, Scahill L, Figuera J, McCracken JT, King B, McDougle CJ. A randomized, placebo-controlled trial of extended-release guanfacine in children with autism spectrum disorder and ADHD symptoms: an analysis of secondary outcome measures. *Neuropsychopharmacol*. 2018;43:1772–8. [CAS](#) [Article](#) [Google Scholar](#)
133. Handen BL, Aman MG, Arnold LE, Hyman SL, Tumuluru RV, Lecavalier L, et al. Atomoxetine, parent training, and their combination in children with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54:905–15. [Article](#) [Google Scholar](#)
134. Friedland S And Walkup, J T. Meta-assurance: no tic exacerbation caused by stimulants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(9):706–708. [PubMed](#) [Article](#) [Google Scholar](#)