

TDAH et adolescence

Propositions pratiques au sujet de la transition des soins

Document élaboré par le groupe de travail « Transition à l'adolescence » de la Coordination nationale pour le TDAH de l'adulte, finalisé le 6 Juin 2025. Ce groupe de travail était composé de : Daniela BRUSTOLIN, Louise CARTON, Clémence CABELGUEN, Sarah HADJADJ AOUL, Etienne KAMMERER, Emmanuelle PEYRET, Diane PURPER-OUAKIL, Lucia ROMO, Gérard SHADILI, Pascal VESPROUMIS.

Contexte

La transition des soins au moment de l'adolescence pour les jeunes présentant un TDAH mérite une attention particulière et repose sur deux grands enjeux : **favoriser la continuité du suivi de l'individu et de son entourage**, et **tenir compte des spécificités cliniques de l'adolescence et liées à l'entrée dans l'âge adulte**. Elle vise ainsi à prévenir le désengagement.

L'adolescence est une période sensible, de vulnérabilité, pour les personnes souffrant de TDAH. Le retentissement social et académique peut être particulièrement dommageable et il s'agit d'une période durant laquelle les comorbidités psychiatriques ou addictologiques émergent fréquemment (Wilens et al., 2018). Durant l'adolescence, le risque de rupture de soins est élevé (Brikell et al., 2024; Cortese, 2020; Moss et al., 2020; Murphy et al., 2018), du fait de difficultés à comprendre le trouble, d'un soutien parental parfois moins prégnant, de fausses-croyances concernant le traitement médicamenteux, d'effets indésirables, d'un relais de soins abrupt, non préparé, ou encore du fait que les soins adéquats ne soient pas proposés et qu'ils soient difficiles à organiser à cet âge (Appleton et al., 2019; Buitelaar, 2017; Meaux et al., 2009; Rasmussen et al., 2024; Schaefer et al., 2017). Au moment de l'adolescence, le taux de prescription de traitement pour le TDAH est en dessous de celui attendu compte tenu de la prévalence du trouble à cet âge (McCarthy et al., 2009; Visser et al., 2015).

Nous présentons ici des **propositions pratiques à destination des cliniciens au sujet de la transition en contexte de TDAH**. Elles reposent sur les résultats d'une enquête réalisée au sein de la Coordination nationale pour le TDAH de l'adulte (Cabelguen, 2024), l'intervention du Professeur Diane Purper-Ouakil au sujet de l'étude MILESTONE (Gerritsen et al., 2022) lors d'un webinar organisé par la Coordination, de recherches bibliographiques (notamment Adamo et al., 2024; Scarpellini & Bonati, 2023) et des réflexions du groupe de travail "Transition à l'adolescence" de la Coordination déjà partagées lors d'un symposium traitant du sujet de la transition des soins lors du Congrès international en langue française sur le TDAH en Septembre 2024 à Genève.

1. Le dispositif de transition

Les dispositifs de transition doivent faire partie intégrante du parcours de soins du jeune patient présentant un TDAH. En effet, les adolescents entrant dans l'âge adulte font face à une autonomie accrue qui implique les études, le travail et la vie quotidienne et qui nécessite une organisation de l'emploi du temps et de la gestion des tâches plus soutenue avec une possible diminution de l'assistance familiale et académique. De plus, le monde du travail implique le respect des délais et la gestion des relations professionnelles qui peuvent être plus difficiles (Adamou et al., 2013).

L'âge de la transition de l'adolescence à l'âge adulte n'est pas défini et varie de 14 à 20 ans en fonction de la situation clinique, de la maturation psychique, de la culture de la société et de la demande du patient et de sa famille. Cette période doit s'accompagner d'un soutien psychologique particulier et constitue un défi spécifique (Sedgwick-Müller et al., 2022).

Ce dispositif de transition doit permettre un échange clinique entre le médecin référent de l'enfant et l'adolescent, qui peut être un pédiatre, un neuropédiatre, un pédopsychiatre ou un médecin généraliste et le médecin qui prend le relais dans le suivi du TDAH à l'âge adulte (psychiatre, addictologue, neurologue ou médecin généraliste). Il prendra idéalement la forme d'une consultation conjointe (y compris en distanciel). Le rôle du médecin référent est de surveiller l'évolution des symptômes et leur retentissement fonctionnel, la prescription de traitements médicamenteux et le suivi des effets secondaires, le déroulé des soins non-médicamenteux ainsi que la gestion des comorbidités et l'orientation vers des spécialistes si nécessaire. Cette synthèse clinique doit donner lieu à un rapport médical comportant les éléments diagnostiques, le parcours clinique et de soins du jeune. Il devra être transmis à l'ensemble des professionnels impliqués dont le médecin traitant.

Certains pays comme les Pays Bas ont développé des cliniques et des programmes spécifiques pour les adultes atteints de TDAH, ainsi qu'un modèle de prise en charge intégrée qui inclut les soins médicaux, les soutiens psychosociaux et les conseils professionnels (Adamo et al., 2024). Ces dispositifs sont très développés et visent à garantir une transition fluide de l'adolescence vers l'âge adulte, avec un accent particulier sur l'autonomie professionnelle et sociale. D'autres pays comme la Suède choisissent un suivi de transition personnalisé qui permet de garantir que les jeunes adultes puissent accéder à des soins continus (Giacobini et al., 2025). Les psychiatres et psychologues travaillent en collaboration avec les écoles et les employeurs pour assurer une prise en charge et un accompagnement adaptés à chaque individu.

L'absence de diagnostic de TDAH ne doit pas empêcher l'intégration du jeune dans un dispositif de transition. Le moment de la transition peut constituer une opportunité pour proposer une évaluation clinique globale et clarifier les aspects diagnostiques et fonctionnels. Le dispositif devra être en capacité de répondre à une demande (y compris émanant de l'entourage) d'avis diagnostique à l'adolescence avant d'envisager la transition des soins.

L'enjeu du dispositif de transition est de pouvoir élaborer avec le jeune (et son entourage) un plan de soins personnalisé et adapté.

Il est important que l'adressage au dispositif de transition puisse aussi s'élargir à d'autres services comme l'éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et le service d'investigation et d'orientation éducative (SIOE).

2. Les modalités d'accueil et d'accompagnement

Des modalités d'accueil et d'accompagnement adaptées sont essentielles pour optimiser l'efficacité du dispositif et prévenir le risque de désengagement.

- **Placer le jeune au centre du processus**

Adopter une approche centrée sur le jeune, où il est perçu comme l'acteur principal de son parcours. Cela consiste à s'impliquer activement dans les décisions concernant son suivi, de lui donner un espace d'expression et d'écoute pour partager ses besoins, ses inquiétudes et ses aspirations. L'objectif est de créer un cadre de soins personnalisé et adapté à ses attentes.

- **Prendre en compte ce qui est important pour lui**

Identifier ce qui compte réellement pour le jeune, que ce soit des objectifs de vie, des passions, ou des aspects spécifiques de son quotidien. Cette prise en compte permet de construire un accompagnement qui fait sens pour lui et de renforcer son adhésion au processus.

- **Accueillir l'entourage avec accord du jeune**

Reconnaître le rôle clé des proches dans le soutien du jeune, tout en respectant sa volonté concernant leur implication. Cet accueil doit être réfléchi pour garantir que l'entourage soit un appui positif, sans empiéter sur l'autonomie du jeune ni imposer une pression supplémentaire

- **Proposer des rencontres familiales en cas de sollicitation de l'entourage et d'un patient non-demandeur**

Proposer des rencontres lorsque l'entourage exprime un besoin d'implication ou de compréhension, même si le jeune n'est pas demandeur. Ces échanges peuvent être orientés vers la médiation, l'explication du processus de transition, ou encore le partage d'informations utiles pour mieux accompagner le jeune.

- **Fournir des explications sur le dispositif de transition**

Fournir une présentation claire et complète du fonctionnement du dispositif de transition, ses objectifs, ses étapes et ses modalités. Cela inclut des informations pratiques (contacts, calendrier, outils) et des éléments rassurants pour le jeune et sa famille, afin de créer une relation de confiance dès le début.

- **Définir le tutoiement ou vouvoiement du jeune**

Déterminer ensemble dès le premier contact la manière de s'adresser au jeune (tutoiement ou vouvoiement), en respectant ses préférences. Ce choix, bien qu'apparemment anodin, contribue à établir une relation de respect mutuel et un cadre de communication clair et confortable.

- **Suivre un mouvement de responsabilisation du jeune**

dans l'idée de soutenir l'autonomie, l'aider à se projeter dans un avenir avec le TDAH et soutenir la construction de cet avenir. Encourager le jeune à prendre une part active dans la gestion de son suivi et de sa vie quotidienne, en mettant en valeur ses capacités et en l'aidant à identifier les ressources

dont il dispose. L'objectif est de lui donner confiance en ses aptitudes et de l'aider à surmonter les défis liés à son TDAH.

- **Accompagner le jeune dans la reconnaissance de ses capacités**

et l'encourager à prendre des initiatives adaptées à son âge et à sa situation. Cela implique de le guider vers une prise de conscience de ses responsabilités en mettant l'accent sur le développement de sa confiance en lui et en son potentiel, tout en lui offrant un cadre bienveillant et structurant, où il peut progressivement apprendre à gérer son parcours avec un soutien adapté.

3. Les spécificités cliniques et éléments d'évaluation

L'évaluation clinique au moment de la transition des soins à l'adolescence doit tenir compte de plusieurs aspects.

- **Recherche des complications et des comorbidités**

Il s'agit d'un axe central de l'évaluation (Katzman et al., 2017), puisque l'émergence des troubles comorbides et des complications du TDAH ont souvent lieu à l'adolescence. Les comorbidités les plus fréquentes sont les conduites addictives à des substances ou des comportements (jeux vidéo, jeux de hasard et d'argent, sexualité, alimentation notamment) (Rohner et al., 2023), les troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, cyclothymie) (Sandstrom et al., 2021), les troubles anxieux (D'Agati et al., 2019), les troubles de la personnalité (Jallow et al., 2024) et les autres troubles neuro-développementaux (trouble du spectre de l'autisme, troubles des apprentissages) (Choi et al., 2022). Les conduites suicidaires doivent être systématiquement recherchées, tout comme les conduites à risque (Faraone et al., 2021) : traumatismes, accidents de la voie publique, rapports sexuels non protégés, grossesses précoces, jeux à risque, comportements ordaliques. Les comorbidités somatiques doivent aussi être recherchées (Instanes et al., 2018).

Certaines comorbidités peuvent se concevoir comme des complications du TDAH du fait d'une impulsivité majeure ou d'une détérioration de l'estime de soi par exemple. Ces troubles associés peuvent compliquer la gestion des symptômes du TDAH (Biederman & Faraone, 2006).

- **Évaluation des stratégies adaptatives**

L'évaluation des stratégies adoptées par l'individu devra explorer les aspects comportementaux (utilisation d'outils comme des listes, alarmes, enregistrements audio), cognitifs (vérification systématiques par exemple) ou liés à l'entourage (assistance des proches pour les tâches du quotidien, les devoirs par exemple). Il s'agit d'en évaluer le coût pour le patient en regard des bénéfices perçus.

- **Estime de soi**

L'estime de soi est une dimension parfois sous-évaluée chez les personnes avec TDAH alors qu'elle est souvent dégradée (Harpin et al., 2016), et favorise l'émergence d'états dépressifs ou anxieux, de conduites addictives, au-delà de ses effets délétères sur la construction identitaire du jeune.

- **Habiletés sociales**

Les compétences sociales seront à explorer afin de mesurer le retentissement du TDAH et de ses éventuels troubles associés dans la sphère relationnelle.

- **Régulation émotionnelle**

La dysrégulation émotionnelle est une dimension centrale du TDAH (Groves et al., 2022), parfois au premier plan de la symptomatologie des adolescents. Elle peut donner lieu à des soins psychothérapeutiques ciblés.

- **Évaluation des fonctions exécutives et de la cognition**

L'évaluation des fonctions exécutives incluant la planification, l'organisation, la régulation émotionnelle et le contrôle des impulsions doit faire partie intégrante de l'évaluation des adolescents présentant un TDAH (Martel et al., 2007; Savcı et al., 2019). Ces fonctions sont essentielles pour réussir sur le plan académique, suivre une formation, interagir socialement et gérer les émotions. L'évaluation du profil cognitif est aussi essentielle afin de permettre de mieux accompagner le jeune dans son orientation scolaire et professionnelle. Cette évaluation peut permettre de proposer des prises en charge personnalisées de rééducation et de remédiation cognitive (Lambez et al., 2020).

- **Évaluation des troubles de la coordination**

Le clinicien doit évaluer ou réévaluer les fonctions de coordination si un diagnostic de troubles de développement de la coordination a été fait dans l'enfance ou l'adolescence. Cette évaluation se fait par l'interrogatoire et l'examen clinique. Ces troubles ont un impact sur l'écriture et la motricité fine et peuvent entraver certaines orientations scolaires et professionnelles (Moody, 2014). Leur diagnostic associé au TDAH doit s'accompagner de mesures d'accompagnement spécifiques (Utilisation de l'outil informatique, accompagnement par ergothérapeute).

- **Conscience du trouble et rapport au trouble**

Il s'agit d'explorer les connaissances du jeune au sujet de son TDAH, tant au niveau de son expression symptomatique, son retentissement, ses causes ou son évolution, en prenant soin de repérer les fausses croyances. Il est intéressant de comprendre quel rapport le jeune entretient avec ce trouble, entre accueil, déni, colère, injustice, lassitude notamment.

- **Compliance aux soins**

Le clinicien pourra recenser les soins et accompagnements proposés jusqu'alors, qu'il s'agisse de propositions pharmacologiques, d'approches psychothérapeutiques, de remédiation cognitive, d'accompagnement social, de soutien entre pairs. L'évaluation portera sur la compliance à ces propositions, leur sens pour le patient et son entourage, les bénéfices et limites perçus. En cas de traitement médicamenteux, une attention particulière sera portée sur la compliance (Brikell et al., 2024), la tolérance du traitement, et le risque de mésusage (Chiappini et al., 2024). Il s'agira ainsi de repérer la pertinence de l'ensemble de ces soins en regard de ces éléments et de l'évolution du trouble.

L'évaluation pourra être l'occasion d'un processus de bilan, individuel et/ou familial, centré sur la possibilité pour le jeune de s'approprier la construction de son avenir avec le TDAH. Les focus, centrés sur les besoins exprimés par le jeune, contribueront à étayer cette construction, en explorant avec lui

l'élaboration de sa trajectoire et de son avenir, sa qualité de vie, sa santé globale, son autonomie et ses capacités de gestion et d'autonomisation. Ils viseront également les éléments qui pourraient faire obstacle à cette construction : difficultés à trouver une stabilité émotionnelle, perte d'estime de soi, anxiété sociale, conduites à risque et addictives, complications judiciaires, isolement affectif et social, dysfonctionnements familiaux ou tensions familiales. Ces bilans sont aussi l'occasion d'une redéfinition nécessaire du rôle des parents et de la relation parents / jeune adulte en devenir.

Comme indiqué par Santosh et coll. (Santosh et al., 2020), dans leur étude sur la validation de la mesure de la préparation à la transition et de l'adéquation pour la gestion du lien et le renforcement de la transition entre les soins de santé mentale pour enfants et pour adultes, l'évaluation en amont de la transition peut s'appuyer sur des questionnaires spécifiques qui permettent une exploration des symptômes, de leur impact fonctionnel et d'aspects plus spécifiques concernant la compréhension de ses difficultés par le jeune ou sa capacité à utiliser les dispositifs de soin.

4. Les outils de soin

Les outils de soins exposés dans ce document représentent l'offre de soins émanant de l'expérience des praticiens de terrain. Cette partie n'a pas vocation à statuer sur leur efficacité, ou se substituer à des recommandations de bonne pratique clinique par ailleurs en cours d'élaboration par la Haute Autorité de Santé. Il est à noter que les données d'efficacité des thérapies non-médicamenteuses ont montré une grande hétérogénéité selon les évaluateurs (Ostinelli et al., 2025).

4.1. Lorsque le diagnostic a été établi durant l'enfance

Le maintien à l'adolescence des mesures thérapeutiques instaurées, en particulier du traitement médicamenteux, contribue à protéger les jeunes patients des risques majorés par le TDAH à cette période de la vie (conduites addictives entre autres). Mais ces mesures devraient être complétées ou adaptées.

En effet le TDAH exacerbe la complexité de la période de l'adolescence : recherche identitaire, opposition y compris aux mesures thérapeutiques instaurées, conduites à risque, pratiques addictives, autant d'occurrences qui suscitent l'inquiétude de l'entourage et peuvent constituer des pertes de chance pour l'avenir de ces jeunes patients. Il convient de prévenir les ruptures de soins, et d'atténuer les risques et dommages liés à de telles occurrences. Il existe des besoins spécifiques à différentes périodes de la vie, et il est nécessaire de maintenir une continuité dans les soins (Diallo et al., 2022). Dans une optique préventive, les travaux scientifiques et recommandations insistent sur l'utilité d'une reprise de l'éducation thérapeutique dès l'adolescence, centrée sur la préparation à l'entrée dans l'âge adulte, pouvant comporter des séances individuelles et familiales (Maurice et al., 2022; Özgen et al., 2021).

Une telle mesure ne peut éviter qu'une partie des très nombreuses situations de rupture, de complication du trouble, de désarroi des adolescents et jeunes adultes et d'inquiétude de leur entourage. Face à ces situations en période de transition, une réévaluation globale et approfondie peut être utile. Dans ce cadre, une pause thérapeutique coordonnée peut être décidée, d'une durée

concertée avec le jeune. Ce sera l'occasion d'un processus de bilan, individuel et/ou familial, tel que décrit plus haut ou ci-après.

- **Psychoéducation**

L'importance de la psychoéducation ciblant la transition de l'adolescence à l'âge adulte est confirmée par des études comme celle de Price et coll. (Price et al., 2019). Sur une méta analyse sur 10 études et presque 1000 patients, Powell et coll. (Powell et al., 2022) trouvent que les éléments de psychoéducation étaient bénéfiques pour améliorer les compétences sociales chez les enfants et les adolescents avec TDAH ; les tailles de l'effet étaient peu élevées mais significatives.

- **Thérapies cognitivo -comportementales et émotionnelles**

Les thérapies cognitivo -comportementales et émotionnelles (TCCE), présentent un intérêt particulier dans la prise en charge des personnes avec un TDAH (Dentz et al., 2024).

Dans un premier temps avec un travail motivationnel sur la préparation et l'acceptation du diagnostic, si besoin du traitement et de la prise en charge dans sa globalité. Cette approche permet aussi l'analyse des situations problématiques et le développement des stratégies de résolution de problèmes, le travail sur les fonctions exécutives, le travail sur la l'organisation et la priorisation d'objectifs et sur la prévention de la procrastination et de l'abandon de tâches. Le travail des TCC est particulièrement important également dans les stratégies de régulation émotionnelle.

Une étude récente (Corrales et al., 2024) montre qu'un programme en six séances de TCC est aussi efficace qu'un programme en 12 séances, pour des personnes présentant un TDAH ce qui permet une diffusion et accès au programme plus facilement. Le programme Procrastination, Attention et Concentration (psychoéducation et TCC, basé sur le livre de Ramsey et Rostain (Ramsay & Rostain, 2014) est également intéressant chez des populations comme les étudiants est en train d'être adapté chez d'autres populations cliniques (Taquet & Romo, 2024). Le programme de pleine conscience de Zylowska et Mitchell (Zylowska & Mitchell, 2022) est de plus en plus utilisé avec des résultats intéressants car il travaille tant sur l'attention que sur la régulation émotionnelle.

- **Remédiation cognitive**

Cette approche est également intéressante chez des personnes présentant un TDAH car elle va aborder les fonctions exécutives (attention, concentration, organisation, priorisation des tâches, mémoire à court terme ...) Dans une revue systématique (Nimmo-Smith et al., 2020) ont constaté une amélioration des symptômes du TDAH avec le traitement TCC. Par ailleurs, Jensenn et coll. (Jensen et al., 2022) dans une étude exploratoire ont montré que l'entraînement à la gestion des objectifs semble améliorer spécifiquement l'un des dysfonctionnements exécutifs fondamentaux du TDAH, essentiellement le contrôle inhibiteur, avec un effet positif au moins après 6 mois. Néanmoins, pour le moment, les remédiations cognitives informatisées et le neurofeedback n'ont pas montré d'efficacité suffisante dans le TDAH pour être recommandées (Westwood et al., 2023, 2025).

- **Bilan associant l'entourage**

Nous avons évoqué lors de nos réunions de travail une méthodologie d'intervention sous forme de bilan familial à partir de l'inquiétude des proches, à propos des troubles des conduites des adolescents et jeunes adultes : elle permet d'identifier la fonction de la conduite, de repérer les comorbidités et troubles co-occurents, de travailler avec le jeune patient à la réappropriation de son avenir et de resituer ses pratiques dans ce contexte, de redéfinir le rôle des parents. Ces bilans favorisent

l'émergence d'une demande de prise en charge individuelle, et peuvent être parfois la porte d'entrée dans une thérapie familiale. Ils sont fréquemment l'occasion d'un diagnostic de TDAH associant la famille, et lorsque le diagnostic a été posé antérieurement, ils aident les parents à tenir leur rôle et les jeunes patients à prendre en main leur avenir avec leur TDAH.

- **Aménagements scolaires**

Le professionnel pourra questionner la mise en place et le respect le cas échéant des aménagements scolaires. Les adaptations scolaires à l'adolescence sont aussi importantes que pendant la période élémentaire et doivent permettre de favoriser l'attention et la concentration et de compenser les troubles des fonctions exécutives. Elles doivent aussi tenir compte des troubles des apprentissages associés. Elles doivent englober :

- Des aménagements de l'environnement de travail comme la mise en place d'un espace calme et réduit de distractions ainsi qu'une meilleure organisation de l'espace (supports visuels et espace de travail structuré). La co-existence de troubles du développement de la coordination doit faire l'objet d'adaptations spécifiques comme l'utilisation de l'outil informatique et l'accompagnement par l'ergothérapie.
- Une stratégie d'organisation et de gestion du temps comme l'utilisation d'un agenda ou d'une application de planification et répartition du travail ainsi que la diviser les tâches complexes afin de réduire la surcharge cognitive. L'octroi d'un temps supplémentaire paraît aussi nécessaire.
- Une pédagogie adaptée avec des instructions claires et une réduction de la quantité de travail écrit comme des exposés oraux ou des enregistrements audio). Le feedback immédiat est aussi important car il permet de donner un retour d'information rapide à l'adolescent lui permettant de se corriger en temps réel.
- Les supports et outils d'aide comme l'utilisation de technologies d'assistance (logiciels de dictée vocale, applications d'aide à la gestion du temps, cahiers de texte numérique).
- Les stratégies de gestion du comportement comme le renforcement positif, les pauses régulières et la clarté dans les attentes.
- Le soutien émotionnel et social avec des rencontres régulières avec un conseiller scolaire et l'accompagnement par un éducateur spécialisé.
- La communication avec les parents et les enseignants par le biais de réunions régulières entre l'école et la famille afin de maintenir une communication ouverte entre l'adolescent, les enseignants et les parents pour surveiller son bien-être et ses progrès.
- L'information sur les dispositifs qui permettent d'améliorer l'accueil des étudiants présentant un trouble du neurodéveloppement comme le programme national "Atypie-Friendly" qui œuvre à la construction d'un enseignement supérieur inclusif (<https://atypie-friendly.fr>).

Ces stratégies spécifiques peuvent varier en fonction des besoins individuels de l'élève, il est donc important de personnaliser ces adaptations en fonction de chaque situation

- **Soutien aux étudiants**

Les jeunes étudiants porteurs d'un TDAH sont confrontés à une mobilisation toujours accrue de leurs fonctions cognitives et de leurs capacités attentionnelles, avec épuisement des stratégies d'adaptation qu'ils avaient pu mettre en place durant leur enfance voire leur adolescence. De plus, la vie étudiante met à l'épreuve leurs capacités à s'autonomiser et à tisser de nouveaux liens sociaux. Des études montrent également le besoin d'accompagnement des étudiants qui peuvent présenter un TDAH et un TSA et qui nécessitent des dispositifs spécifiques (Watanabe et al., 2021), et

particulièrement chez les femmes. Il est utile d'adopter un modèle centré sur le cycle de vie (Young et al., 2020). Une aide comportant adaptation fonctionnelle (ergothérapie par exemple, éventuel aménagement des études) et soutien psychothérapeutique peut s'avérer très utile. Le développement des services TND friendly sur le modèle aspiefriendly pour l'accompagnement des étudiants pourrait y contribuer.

4.2. Lorsque le diagnostic n'a pas été établi durant l'enfance

Rappelons ici que les patients porteurs d'un TDAH représentent 20% des demandeurs de soins en addictologie et environ un quart de la population carcérale, pour la plupart non diagnostiqués antérieurement. Les conduites à risque et les conduites addictives des adolescents et des jeunes adultes, ainsi que l'inquiétude qu'elles suscitent dans l'entourage, devraient être l'occasion d'un bilan de remise à plat comme décrit plus haut, bilan qui peut être l'occasion d'un repérage voire d'un diagnostic de comorbidité, dont le TDAH.

D'autres prises en charge non médicamenteuses (neurofeedback, hypnose, auto-hypnose notamment) sont parfois utilisées en pratique clinique mais leur niveau de preuve scientifique est actuellement insuffisant et ne permet pas de conclure à leur efficacité de manière rigoureuse.

5. Intégration et répercussions dans la filière de soins pour le TDAH

Les filières de soins dédiées au TDAH à tous les âges, intégrant les acteurs de l'addictologie, du milieu carcéral et de la santé universitaire, devraient voir le jour à l'échelle régionale.

Un fonctionnement en réseau pluridisciplinaire avec des rencontres régulières permettrait une meilleure connaissance mutuelle du travail des soignants dans leurs différents contextes d'exercice (pédiatrie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie de l'adulte, addictologie, prison, santé universitaire, neurologie ...) et selon leurs professions. Cela favoriserait la mise en place de véritables passages de relais en vue d'une continuité des soins durant la période de transition.

Encore faut-il trouver ces relais ! Il s'avère nécessaire d'impliquer, en les formant et en leur assurant un soutien, les acteurs des soins aux adultes, en particulier psychiatres et addictologues, et de leur donner les moyens réglementaires de conduire les traitements (valorisation des consultations conjointes de passage de relais y compris en visio-conférence, habilitation des addictologues, approvisionnement suffisant en médicaments, les ruptures actuelles aggravant le risque d'abandon de traitement).

Il convient aussi de doter ces filières de moyens pluridisciplinaires et d'outils adaptés : éducation thérapeutique, adaptation fonctionnelle, soutien psychothérapeutique. Ces filières devraient également mettre en place des modalités de bilan individuel ou familial telles que décrites plus haut, avec les moyens humains nécessaires, et prévoir un accompagnement des familles, ce qui peut nécessiter la mise en place de formations ciblées.

Bibliographie

- Adamo, N., Singh, S. P., Bölte, S., Coghill, D., Newcorn, J. H., Parlatini, V., Purper-Ouakil, D., Rausch, J., Rohde, L., Santosh, P., Banaschewski, T., & Buitelaar, J. K. (2024). Practitioner Review: Continuity of mental health care from childhood to adulthood for youths with ADHD - who, how and when? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14036>
- Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw, T.-C., Bolea, B., Coghill, D., Guðjónsson, G., Halmøy, A., Hodgkins, P., Müller, U., Pitts, M., Trakoli, A., Williams, N., & Young, S. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *BMC Psychiatry*, 13, 59. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-59>
- Appleton, R., Connell, C., Fairclough, E., Tuomainen, H., & Singh, S. P. (2019). Outcomes of young people who reach the transition boundary of child and adolescent mental health services: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(11), 1431–1446. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01307-7>
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2006). The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. *MedGenMed: Medscape General Medicine*, 8(3), 12.
- Brikell, I., Yao, H., Li, L., Astrup, A., Gao, L., Gillies, M. B., Xie, T., Zhang-James, Y., Dalsgaard, S., Engeland, A., Faraone, S. V., Haavik, J., Hartman, C., Ip, P., Jakobsdóttir Smári, U., Larsson, H., Man, K. K., de Oliveira Costa, J., Pearson, S.-A., ... Chang, Z. (2024). ADHD medication discontinuation and persistence across the lifespan: A retrospective observational study using population-based databases. *The Lancet. Psychiatry*, 11(1), 16–26. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00332-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00332-2)
- Buitelaar, J. K. (2017). Optimising treatment strategies for ADHD in adolescence to minimise ‘lost in transition’ to adulthood. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(05), 448–452. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000154>
- Cabelguen, C. (2024). *Enquête sur la transition des soins à l'adolescence auprès de la Coordination pour le TDAH de l'adulte en France* [Symposium]. 8e colloque international de langue française sur le TDAH, Genève.
- Chiappini, S., Gramuglia, P. D., Mosca, A., Cavallotto, C., Miuli, A., Corkery, J. M., Guirguis, A., Schifano, F., & Martinotti, G. (2024). Methylphenidate abuse and misuse in patients affected with a psychiatric disorder and a substance use disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1508732. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1508732>
- Choi, W.-S., Woo, Y. S., Wang, S.-M., Lim, H. K., & Bahk, W.-M. (2022). The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: A systematic literature review. *PloS One*, 17(11), e0277175. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277175>
- Corrales, M., García-González, S., Richarte, V., Fadeuilhe, C., Daigre, C., García-Gea, E., & Ramos-Quiroga, J. A. (2024). Long-term efficacy of a new 6-session cognitive behavioral therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 331, 115642. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115642>
- Cortese, S. (2020). Regional analysis of UK primary care prescribing and adult service referrals for young people with attention-deficit hyperactivity disorder: From little to very little. *BIPsych Open*, 6(3), e43. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.28>
- D'Agati, E., Curatolo, P., & Mazzone, L. (2019). Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(4), 238–244. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1628277>
- Dentz, A., Soelch, C. M., Fahim, C., Torsello, A., Parent, V., Ponsioen, A., Guay, M.-C., Bioulac-Rogier, S., Clément, C., Bader, M., & Romo, L. (2024). Non-pharmacological treatment of Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD). Overview and report of the first international symposium on the non-pharmacological management of ADHD. *L'Encéphale*, 50(3), 309–328. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.04.010>
- Diallo, F. B., Pelletier, É., Vasiliadis, H.-M., Rochette, L., Vincent, A., Palardy, S., Lunghi, C., Gignac, M., & Lesage, A. (2022). Morbidities and mortality of diagnosed attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) over the youth lifespan: A population-based retrospective cohort study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 31(1), e1903. <https://doi.org/10.1002/mpr.1903>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based

conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>

Gerritsen, S. E., van Bodegom, L. S., Overbeek, M. M., Maras, A., Verhulst, F. C., Wolke, D., Rizopoulos, D., de Girolamo, G., Franić, T., Madan, J., McNicholas, F., Paul, M., Purper-Ouakil, D., Santosh, P. J., Schulze, U. M. E., Singh, S. P., Street, C., Tremmery, S., Tuomainen, H., ... MILESTONE consortium. (2022). Leaving child and adolescent mental health services in the MILESTONE cohort: A longitudinal cohort study on young people's mental health indicators, care pathways, and outcomes in Europe. *The Lancet. Psychiatry*, 9(12), 944–956. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00310-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00310-8)

Giacobini, M., Zhao, J., Freilich, J., Malmgren, C., Wallin Bernhardsson, N., & Ahnemark, E. (2025). Transitioning From Pediatric to Adult Psychiatric Care for ADHD in Sweden: A Nationwide Study. *Journal of Attention Disorders*, 29(4), 235–243. <https://doi.org/10.1177/10870547241303259>

Groves, N. B., Wells, E. L., Soto, E. F., Marsh, C. L., Jaisle, E. M., Harvey, T. K., & Kofler, M. J. (2022). Executive Functioning and Emotion Regulation in Children with and without ADHD. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(6), 721–735. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00883-0>

Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., & Hodgkins, P. (2016). Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *Journal of Attention Disorders*, 20(4), 295–305. <https://doi.org/10.1177/1087054713486516>

Instanes, J. T., Klungsøyr, K., Halmøy, A., Fasmer, O. B., & Haavik, J. (2018). Adult ADHD and Comorbid Somatic Disease: A Systematic Literature Review. *Journal of Attention Disorders*, 22(3), 203–228. <https://doi.org/10.1177/1087054716669589>

Jallow, J., Halt, A.-H., Kerkelä, M., Hurtig, T., & Miettunen, J. (2024). Association of temperament and character traits with ADHD and its comorbidities. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(1), 64–70. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2262994>

Jensen, D. A., Lundervold, A. J., Stubberud, J., Halmøy, A., Haavik, J., & Sørensen, L. (2022). Goal management training improves executive control in adults with ADHD: An open trial employing attention network theory to examine effects on attention. *BMC Psychology*, 10(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00902-9>

Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>

Lambez, B., Harwood-Gross, A., Golumbic, E. Z., & Rassovsky, Y. (2020). Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 120, 40–55. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.10.007>

Martel, M., Nikolas, M., & Nigg, J. T. (2007). Executive function in adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1437–1444. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31814cf953>

Maurice, V., Russet, F., Scocco, P., McNicholas, F., Santosh, P., Singh, S. P., Street, C., & Purper-Ouakil, D. (2022). Transition from child and adolescent mental health care to adult services for young people with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) or Autism Spectrum Disorder (ASD) in Europe: Barriers and recommendations. *L'Encephale*, 48(5), 555–559. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.01.012>

McCarthy, S., Asherson, P., Coghill, D., Hollis, C., Murray, M., Potts, L., Sayal, K., de Soysa, R., Taylor, E., Williams, T., & Wong, I. C. K. (2009). Attention-deficit hyperactivity disorder: Treatment discontinuation in adolescents and young adults. *British Journal of Psychiatry*, 194(03), 273–277. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045245>

Meaux, J. B., Green, A., & Broussard, L. (2009). ADHD in the college student: A block in the road. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 248–256. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01349.x>

Moody, S. (2014). Dyslexia, dyspraxia, and ADHD in adults: What you need to know. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 64(622), 252. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X679859>

Moss, C. M., Metzger, K. B., Carey, M. E., Blum, N. J., Curry, A. E., & Power, T. J. (2020). Chronic Care for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Clinical Management from Childhood Through Adolescence. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 41 Suppl 2S, S99–S104. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000772>

Murphy, D., Glaser, K., Hayward, H., Eklund, H., Cadman, T., Findon, J., Woodhouse, E., Ashwood, K., Beecham, J., Bolton, P., McEwen, F., Wilson, E., Ecker, C., Wong, I., Simonoff, E., Russell, A., McCarthy, J., Chaplin, E., Young, S., & Asherson, P. (2018).

Crossing the divide: A longitudinal study of effective treatments for people with autism and attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. NIHR Journals Library. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518655/>

Nimmo-Smith, V., Merwood, A., Hank, D., Brandling, J., Greenwood, R., Skinner, L., Law, S., Patel, V., & Rai, D. (2020). Non-pharmacological interventions for adult ADHD: A systematic review. *Psychological Medicine*, 50(4), 529–541. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000069>

Ostinelli, E. G., Schulze, M., Zangani, C., Farhat, L. C., Tomlinson, A., Del Giovane, C., Chamberlain, S. R., Philipsen, A., Young, S., Cowen, P. J., Bilbow, A., Cipriani, A., & Cortese, S. (2025). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychological, and neurostimulatory interventions for ADHD in adults: A systematic review and component network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 12(1), 32–43. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00360-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00360-2)

Özgen, H., Spijkerman, R., Noack, M., Holtmann, M., Schellekens, A., Dalsgaard, S., van den Brink, W., & Hendriks, V. (2021). Treatment of Adolescents with Concurrent Substance Use Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17), 3908. <https://doi.org/10.3390/jcm10173908>

Powell, L. A., Parker, J., Weighall, A., & Harpin, V. (2022). Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People with ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 26(3), 340–357. <https://doi.org/10.1177/1087054721997553>

Price, A., Newlove-Delgado, T., Eke, H., Paul, M., Young, S., Ford, T., & Janssens, A. (2019). In transition with ADHD: The role of information, in facilitating or impeding young people's transition into adult services. *BMC Psychiatry*, 19(1), 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2284-3>

Ramsay, J., & Rostain, A. L. (2014). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: An Integrative Psychosocial and Medical Approach* (Routledge).

Rasmussen, I. L., Schei, J., & Ørjasæter, K. B. (2024). "A bit lost"—Living with attention deficit hyperactivity disorder in the transition between adolescence and adulthood: An exploratory qualitative study. *BMC Psychology*, 12(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01522-1>

Rohner, H., Gaspar, N., Philipsen, A., & Schulze, M. (2023). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1275. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021275>

Sandstrom, A., Perroud, N., Alda, M., Uher, R., & Pavlova, B. (2021). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in people with mood disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(5), 380–391. <https://doi.org/10.1111/acps.13283>

Santosh, P., Singh, J., Adams, L., Mastroianni, M., Heaney, N., Lievesley, K., Sagar-Ouriaghli, I., Allibrio, G., Appleton, R., Davidović, N., de Girolamo, G., Dieleman, G., Dodig-Čurković, K., Franić, T., Gatherer, C., Gerritsen, S., Gheza, E., Madan, J., Manenti, L., ... MILESTONE Consortium. (2020). Validation of the Transition Readiness and Appropriateness Measure (TRAM) for the Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Healthcare in Europe (MILESTONE) study. *BMJ Open*, 10(6), e033324. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033324>

Savcı, U., Tufan, A. E., Öztürk, Y., & Cansız, M. A. (2019, April 1). *Executive Function Problems and Treatment in Children and Adolescents with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*. | EBSCOhost. <https://doi.org/10.18863/pgy.424793>

Scarpellini, F., & Bonati, M. (2023). Transition care for adolescents and young adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): A descriptive summary of qualitative evidence. *Child: Care, Health and Development*, 49(3), 431–443. <https://doi.org/10.1111/cch.13070>

Schaefer, M. R., Rawlinson, A. R., Wagoner, S. T., Shapiro, S. K., Kavookjian, J., & Gray, W. N. (2017). Adherence to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication During the Transition to College. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 60(6), 706–713. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.011>

Sedgwick-Müller, J. A., Müller-Sedgwick, U., Adamou, M., Catani, M., Champ, R., Gudjónsson, G., Hank, D., Pitts, M., Young, S., & Asherson, P. (2022). University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A consensus statement from the UK Adult ADHD Network (UKAAN). *BMC Psychiatry*, 22(1), 292. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03898-z>

Taquet, P., & Romo, L. (2024). Programme de TCC chez les adultes avec un TDAH. In *Prise en charge du TDAH par les TCCE* (Elsevier, Masson).

- Visser, S. N., Bitsko, R. H., Danielson, M. L., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., Schieve, L. A., Holbrook, J. R., Wolraich, M. L., & Cuffe, S. P. (2015). Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder among Children with Special Health Care Needs. *The Journal of Pediatrics*, 166(6), 1423-1430.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.02.018>
- Watanabe, T., Kondo, M., Sakai, M., Takabatake, S., Furukawa, T. A., & Akechi, T. (2021). Association of Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Traits with Depression and Empathy Among Medical Students. *Advances in Medical Education and Practice*, 12, 1259–1265. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S334155>
- Westwood, S. J., Aggensteiner, P.-M., Kaiser, A., Nagy, P., Donno, F., Merkl, D., Balia, C., Goujon, A., Bousquet, E., Capodiferro, A. M., Derks, L., Purper-Ouakil, D., Carucci, S., Holtmann, M., Brandeis, D., Cortese, S., Sonuga-Barke, E. J. S., & European ADHD Guidelines Group (EAGG). (2025). Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*, 82(2), 118–129. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.3702>
- Westwood, S. J., Parlatini, V., Rubia, K., Cortese, S., Sonuga-Barke, E. J. S., & European ADHD Guidelines Group (EAGG). (2023). Computerized cognitive training in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analysis of randomized controlled trials with blinded and objective outcomes. *Molecular Psychiatry*, 28(4), 1402–1414. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02000-7>
- Wilens, T. E., Isenberg, B. M., Kaminski, T. A., Lyons, R. M., & Quintero, J. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Transitional Aged Youth. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), 100. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0968-x>
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., ... Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20(1), 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
- Zylowska, L., & Mitchell, J. T. (2022). *Comment traiter le TDA-H grâce à la pleine conscience ?* (De Boeck Supérieur).