

Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte

Roy, L., Ngô, T. L., Predovan, D., Goulet, J.
1^{re} édition

Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal
2025

Auteurs : Roy, L., Ngô, T.L, Predovan, D., J. Goulet.

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal
Montréal, QC, Canada
2025

ISBN 978-2-925053-45-3

Dépôt légal 1er trimestre 2025

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2025

Bibliothèque et Archives Canada 2025

1re édition

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la compréhension et la thérapie cognitivo-comportemental (TCC) du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult ([Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008](#)) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de la TCC.

À PROPOS DES AUTEURS

Lina Roy est neuropsychologue. Elle a complété un doctorat clinique double, en psychologie d'approche cognitivo-comportementale et en neuropsychologie à l'Université du Québec à Montréal. Elle pratique dans un groupe de médecine familiale (GMF) de Montréal.

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

David Predovan, Ph.D./Psy.D. exerce en tant que professionnel de recherche au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Il a obtenu son doctorat à l'UQAM et a effectué un stage postdoctoral à l'Université Columbia ainsi qu'à l'Université Laval. Lors de son internat en psychologie à l'Institut Allan Memorial, il a dirigé un groupe d'intervention sur le TDA/H.

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il a été membre du service de consultation-liaison du département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval pendant plus de 30 ans. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Table des matières

Section 1 : Introduction	6
Épidémiologie et étiologie.....	6
Section 2 : Évaluation du TDA/H chez l'adulte	8
2.1 Critères diagnostiques du TDA/H selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).....	8
2.2 Processus d'évaluation du TDA/H chez l'adulte	11
2.3 Outils d'évaluation du TDA/H.....	15
2.3.1. Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation.....	15
2.3.2. Tests neuropsychologiques.....	15
2.4 Diagnostic différentiel et comorbidité	17
Section 3 : Traitement pharmacologique du TDA/H chez l'adulte.....	18
3.1 Psychostimulants et non-stimulants.....	18
3.1.1 Psychostimulants (1 ^{re} ligne).....	18
3.1.2 Non psychostimulants (2 ^e et 3 ^e ligne).....	19
3.2 Établir le traitement pharmacologique.....	20
3.2.1 Durée d'action.....	20
3.2.2 Trouble comorbides	20
3.2.3 Considérations importantes.....	21
3.3 Conclusion.....	22
Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental du TDA/H chez l'adulte	23
4.1 Physiopathologie du TDA/H.....	23
4.2 Modèle TCC du traitement du TDA/H chez l'adulte de Steven A. Safren (2006)	23
4.2.1 Les modules du traitement de Safren (2006)	25
4.3 La thérapie cognitivo-comportementale en autosoin sur internet.....	26
4.4 Modèle de l'inhibition comportementale de Russell A. Barkley (2015)	26
4.5 La thérapie métacognitive de Mary Solanto (2010)	26
4.6 Le programme « Raisonnement et réhabilitation » (Young & Ross, 2007)	27
4.7 La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience.....	28
4.8 La pertinence de la TCC pour le traitement du TDA/H et son efficacité.....	28
4.9 Les traitements « alternatifs » pour le TDA/H.....	29
4.10 Lectures recommandées au patient.....	30
Section 5 : Principales étapes du traitement cognitif comportemental du TDA/H chez l'adulte.....	31
5.1 Évaluation (voir section 2).....	31
5.2 Psychoéducation et plan d'intervention	31
5.3 Fixer des objectifs réalistes et préparer le plan de traitement	32
5.3.1 Motivation.....	32
5.4 Prescrire des médicaments s'il y a lieu (voir section 3).....	32
5.5 Organisation et planification	33
5.5.1 Utilisation d'un agenda et d'un cahier de notes.....	33
5.5.2 Priorisation des tâches avec le système de cotation « A, B, C »	33
5.5.3 Technique de résolution de problème	34

5.5.4 Système de « gestion unique » des documents	34
5.6 Gestion de la distractibilité.....	35
5.6.1 Amélioration des habiletés attentionnelles.....	35
5.6.2 Organisation de l'espace.....	36
5.7 Thérapie cognitive	36
5.8 Éviter la procrastination.....	37
5.9 Terminaison, prévention des rechutes	38
5.9.1 Résumé de thérapie.....	38
5.9.2 Fiche de prévention de rechute	38
5.9.3 Entrevues de consolidations (booster sessions).....	39
Section 6 : Déroulement du traitement	40
Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement	51
7.1 ASRS-V1.1	52
7.2 WRS-II.....	53
7.3 WFIRS-S WEISS	58
7.4 WFIRS-P WEISS.....	60
7.5 JDQ	62
Bibliographie	64

Section 1 : Introduction

Épidémiologie et étiologie

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est classé parmi les « troubles neurodéveloppementaux » du DSM-5, parce qu'il se manifeste dès l'enfance et perturbe plusieurs sphères du fonctionnement quotidien, social, académique et professionnel. Le TDA/H se caractérise par des difficultés persistantes de concentration, parfois accompagnées de problèmes d'hyperactivité et d'impulsivité. Chez les adultes ayant un TDA/H, les sphères de vie habituellement touchées sont : les études, le travail, les activités quotidiennes et les relations interpersonnelles. Les personnes avec un TDA/H sont plus susceptibles de présenter d'autres troubles psychiatriques et de faire face à des difficultés académiques, des échecs professionnels, des problèmes financiers, des conflits interpersonnels, des accidents de voiture, des démêlés avec la justice, ainsi que des troubles liés à l'utilisation de substances.

Des études indiquent que le TDA/H est un trouble dont la prévalence est stable, soit autour de 5 à 8% chez les enfants et les adolescents, quel que soit le pays, la langue parlée ou l'époque (Polanczyk et coll., 2014, 2007). Il s'agit habituellement d'un trouble chronique, avec un taux de prévalence entre 2,8 et 4,4% chez les adultes (Fayyad et coll., 2017; Kessler et coll., 2006). Le portrait clinique peut évoluer au cours d'une vie, passant parfois d'un profil TDAH à TDA. Les symptômes d'inattention, les difficultés organisationnelles et les problèmes de régulation émotionnelle perdurent habituellement, tandis que les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité ont tendance à diminuer à l'âge adulte. De nombreuses études en génétique, pharmacologie et en neurochimie confirment la fiabilité et la validité du diagnostic du TDA/H. Des études récentes ont montré que la génétique et l'hérédité expliquaient près de 80% du trouble (Faraone et Larsonn, 2019), ce qui représente un pouvoir prédictif presque équivalent à celui de la taille d'un individu. D'autres facteurs tels qu'une naissance prématurée, la consommation de tabac, de drogues ou d'alcool par la mère durant la grossesse, l'exposition à un environnement pollué et avoir eu un traumatisme craniocérébral pourraient également influencer l'étiologie du trouble. Par ailleurs, des études auprès d'enfants ayant un TDA/H révèlent que certaines parties du cerveau, dont le cortex préfrontal, présentent un volume plus petit que chez les enfants sans TDA/H (Shaw, Gogtay et Rapoport, 2010). Dans certains cas, il s'agirait d'un délai de croissance qui sera rattrapé à l'adolescence ou à l'âge adulte, contribuant ainsi à la diminution de la prévalence de ce trouble avec l'âge.

Chez les enfants, le ratio garçon/fille est d'environ 3/1, tandis que chez les adultes, il est presque égal. Cependant, les symptômes du TDA/H varient selon le genre. Chez les hommes, le TDA/H se manifeste davantage par de l'hyperactivité et des comportements agressifs, d'opposition et de provocation, tandis que chez les femmes, les difficultés sont davantage intériorisées, reliés à des problèmes d'inattention, passant ainsi plus souvent inaperçues. Néanmoins, les impacts d'un TDA/H chez les femmes peuvent être lourds de conséquences, avec un risque plus important de tentatives de suicide ou de grossesses non désirées par rapport aux femmes sans TDA/H (Gignac, Morissette, Vincent, 2016).

Section 2 : Évaluation du TDA/H chez l'adulte

2.1 Critères diagnostiques du TDA/H selon le DSM-5 ([American Psychiatric Association, 2013](#))

- A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par de l'inattention et/ou de l'hyperactivité et de l'impulsivité :

Symptômes d'inattention Cinq symptômes ou plus qui persistent depuis au moins 6 mois.	Symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité Cinq symptômes ou plus qui persistent depuis au moins 6 mois.
a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs, le travail ou d'autres activités.	a. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.	b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis.
c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.	c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (N.B. : Chez les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice).
d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles.	d. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les activités de loisir.
e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.	e. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressort ».
f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu.	f. Parle souvent trop.

g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités.	g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.
h. Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes.	h. A souvent du mal à attendre son tour (ex. : dans une file d'attente).
i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).	i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres).

- B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.
- C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents (p. ex., à la maison, dans les études, ou au travail; avec des amis ou la famille, dans d'autres activités).
- D. On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, académique ou professionnel.
- E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par, ou sevrage d'une substance).

Spécifier le type :

314.01 (F90.2) Présentation combinée : Si à la fois le critère A1 (inattention) et le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) sont remplis pour les 6 derniers mois.

314.00 (F90.0) Présentation inattentive prédominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A1 (inattention) est rempli, mais pas le critère A2 (hyperactivité-impulsivité).

314.01 (F90.1) Présentation hyperactive/impulsive prédominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) est rempli, mais pas le critère A1 (inattention).

Spécifier si :

En rémission partielle : Lorsqu'au cours des 6 derniers mois l'ensemble des critères pour poser le diagnostic ne sont plus réunis alors qu'ils l'étaient auparavant, et que les symptômes continuent à entraîner une altération du fonctionnement social, académique ou professionnel.

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Peu de symptômes, ou aucun, sont présents au-delà de ceux requis au minimum pour poser le diagnostic, et les symptômes n'entraînent que des altérations mineures du fonctionnement social ou professionnel.

Moyen : Les symptômes ou l'altération fonctionnelle sont présents sous une forme intermédiaire entre « léger » et « grave ».

Grave : Plusieurs symptômes sont présents au-delà de ceux requis pour poser le diagnostic, ou plusieurs symptômes particulièrement graves sont présents, ou les symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel.

2.2 Processus d'évaluation du TDA/H chez l'adulte

L'évaluation du TDA/H chez l'adulte repose sur diverses sources d'information, notamment l'entretien clinique, les bulletins scolaires, les sources d'information collatérales (ex : parents, conjoint-e) et des questionnaires (voir section [2.3.1](#)). Dans certains cas, une évaluation approfondie en neuropsychologie, avec l'utilisation de tests psychométriques, est nécessaire pour confirmer ou éliminer la présence d'un TDA/H (voir section [2.3.2](#)). Bien que ces outils fournissent des informations importantes, aucun test ni questionnaire ne peut à lui seul confirmer un diagnostic de TDA/H. L'évaluation et le diagnostic du TDA/H chez l'adulte peuvent être réalisés par différents professionnels tels qu'un neuropsychologue, un psychologue, un médecin de famille, un psychiatre ou un neurologue.

Puisque la difficulté de concentration est un symptôme peu spécifique pouvant être associé à de nombreux troubles mentaux, l'histoire longitudinale caractéristique du TDA/H est essentielle pour poser le diagnostic. Cette investigation requiert de recenser des symptômes continus associés à ce trouble et leur impact fonctionnel, depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. L'omission de l'identification des impacts fonctionnels tout au long du parcours de vie fait partie des enjeux liés au sur-diagnostic du TDA/H. Rappelons qu'un critère majeur pour confirmer le diagnostic est l'identification de symptômes avant l'âge de 12 ans. Cependant, l'obtention de l'information nécessaire pour étayer la présence de symptômes antérieurs à l'âge de 12 ans peut être difficile en raison de la faible validité de l'information autorapportée chez des patients ayant un TDA/H avant l'âge de vingt-six ans. Par conséquent, il est fortement recommandé de poursuivre l'investigation auprès d'un proche, de préférence quelqu'un qui a côtoyé le patient pendant son enfance (parent, fratrie, ami d'enfance, professeur). L'histoire longitudinale devrait absolument inclure le parcours académique détaillé (échecs de cours, redoublement, efforts excessifs pour atteindre les résultats, etc.). La consultation des relevés scolaires, depuis les commentaires des éducateurs de garderie, jusqu'aux relevés de notes universitaires, est précieuse pour confirmer la présence de symptômes antérieurs à l'âge de 12 ans. Il convient de noter que les patients ayant un TDA/H, ainsi que leurs parents (eux-mêmes parfois atteints du TDA/H en raison du facteur génétique du trouble), peuvent parfois avoir du mal à retrouver les bulletins du primaire et du début du secondaire. De plus, il n'est pas rare qu'un adulte consulte à la suite du diagnostic d'un membre de la famille, souvent un enfant, après s'être reconnu dans la description du trouble et de ses impacts. Le clinicien s'assurera d'éliminer la présence d'une autre pathologie qui viendrait mimer un TDA/H (diagnostic différentiel), par exemple, un trouble de

l'humeur, un trouble anxieux, un trouble d'usage de substance ou une dysfonction thyroïdienne (Post et Kurlansik, 2012).

À ce jour, il n'existe aucun test sanguin ni d'imagerie cérébrale spécifique permettant de diagnostiquer le TDA/H. Il faut toutefois exclure toute cause médicale pouvant entraîner des difficultés attentionnelles tel qu'une anomalie de la fonction thyroïdienne, un traumatisme crânien, un diabète, un trouble du sommeil ou un trouble épileptique, par exemple (Gignac et coll., 2016). C'est parfois cette étape qui est négligé au cours de l'évaluation lorsque le TDA/H est sur-diagnostiqué. Avant d'amorcer un traitement pharmaceutique, il faut procéder à un examen médical, où une attention particulière devrait être accordée aux problèmes cardiovasculaires, à la pression artérielle, au pouls, ainsi qu'à la mesure du poids et la taille afin d'établir l'état de base.

Plusieurs éléments peuvent expliquer pourquoi l'évaluation du TDA/H chez l'adulte est un processus parfois complexe et long, entre autres l'hétérogénéité des profils, la présence de symptômes non spécifiques associés à d'autres troubles mentaux, le fait que les symptômes d'inattention qui prédominent chez l'adulte sont habituellement moins dérangeants pour l'entourage que les symptômes d'hyperactivité que l'on remarque rapidement chez l'enfant ayant un TDA/H. L'évaluation doit clairement illustrer de quelle manière les symptômes engendrent une souffrance significative ou affectent le fonctionnement du patient dans diverses sphères de sa vie. Cela n'est pas toujours facile à mettre en évidence, car avec le temps un adulte dont le TDA/H n'a pas été diagnostiqué aura possiblement développé des stratégies compensatoires pour contourner ses difficultés attentionnelles et organisationnelles. Il pourrait, par exemple, avoir pris l'habitude de déléguer certaines tâches ennuyeuses, tel que de recourir à un comptable pour compléter son rapport d'impôt. Une évaluation précise doit identifier ces stratégies compensatoires et relever l'impact fonctionnel que pourrait avoir le retrait de telles stratégies. Soulignons que les symptômes d'un TDA/H peuvent être moins apparents si le patient :

- Est une femme;
- Présente un profil attentionnel;
- Est régulièrement encouragé pour ses comportements adéquats;
- Est encadré étroitement;
- Est impliqué dans une activité qu'il trouve particulièrement intéressante;
- Se trouve dans un nouveau contexte;
- Est constamment stimulé (par exemple, devant un écran);
- Se trouve en interaction en tête à tête;
- Est très persévérant;
- Présente un quotient intellectuel supérieur à la moyenne :

- Il pourrait ne pas avoir éprouvé de difficultés académiques au primaire;
- Ou encore, il pourrait avoir plus de facilité au CÉGEP et à l'université une fois qu'il a choisi une branche qu'il aime et dans laquelle il est doué.

Une anamnèse sera réalisée comprenant les informations suivantes :

Histoire de la maladie actuelle	Les difficultés doivent être présentes avant l'âge de 12 ans et toucher au moins deux sphères de vie.
Histoire personnelle longitudinale	<p>Recenser les éléments entourant la grossesse, la naissance, le développement à l'enfance (énurésie nocturne), la vie familiale, le parcours académique et professionnel, les amitiés, la vie sentimentale, les sports et loisirs, les valeurs, la personnalité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une attention particulière devrait être portée aux parcours académique et professionnel (ponctualité, retards dans la remise de travaux, procrastination, répétition d'année, échec de cours, tutorat, cours d'été, matières préférées, changement fréquent d'emplois, perte d'emploi et chômage, difficulté à s'adapter à un nouvel emploi)
Antécédents psychiatriques personnels	Consulter les dossiers médicaux antérieurs. Recenser notamment la présence de symptomatologie anxieuse, d'une faible estime de soi, de tics, du syndrome de Gilles de la Tourette, de troubles d'apprentissage, de trouble des conduites.
Antécédents psychiatriques familiaux	Examiner la présence de diagnostic de TDA/H ou d'autres troubles neurodéveloppementaux chez des membres de la famille.
Antécédents médicaux personnels	Consulter les dossiers médicaux antérieurs. Examiner notamment la présence de dysfonction thyroïdienne, de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'anémie.
Antécédents neurologiques	Examiner l'historique de trauma craniocérébral et la présence d'épilepsie.
Antécédents judiciaires	Les personnes avec un TDA/H présentent un risque plus élevé d'excès de vitesse, de contraventions pour stationnement, d'impôts en retard ou impayés par rapport à la population normale.
Habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Sommeil : évaluer la qualité du sommeil et éliminer la présence d'apnée du sommeil, de narcolepsie et d'hypersomnie. • Exercice physique. • Alimentation : Prévalence élevée d'obésité et d'accès hyperphagique chez les personnes ayant un TDA/H. Éliminer la présence de troubles des conduites

	<p>alimentaires ; En cas de diète, saut de repas, anorexie mentale, on évitera de prescrire des Rx psychostimulants qui peuvent abaisser le seuil convulsif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consommation de psychostimulants (caféine, boissons énergisantes). • Tabac, alcool, drogues.
Médication	Incluant les médicaments non prescrits
Examen mental	On soulignera notamment la ponctualité du patient, s'il a la bougeotte sur sa chaise, s'il écoute et respecte les consignes, s'il a tendance à être distrait par les stimuli et s'il a tendance à couper la parole.
Évaluations et bulletins scolaires du parcours académique	Recenser les évaluations à partir de la garderie ou du primaire.

2.3 Outils d'évaluation du TDA/H

2.3.1. Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation

Les données obtenues à partir des questionnaires visent à enrichir et guider l'évaluation et le traitement. Aucun questionnaire ne permet de poser un diagnostic à partir des résultats obtenus.

	Tests	Au patient	Au proche
Évaluation des symptômes	ASRS-V1.1 : Échelle d'auto-évaluation du TDA/H chez l'adulte (Forme abrégée à 6 items ou longue à 18 items)	x	x
Évaluation des problématiques associées	WSR-II : Inventaire des symptômes du TDA/H et d'autres troubles psychiatriques	x	x
Évaluation des impacts fonctionnels	WFIRS-S : Échelle d'auto-évaluation des déficits fonctionnels de Weiss dans différentes sphères de la vie	x	
	WFIRS-P : Échelle d'évaluation des déficits fonctionnels de Weiss dans différentes sphères de la vie		x
	JDQ : Questionnaire sur la conduite automobile de Jérôme portant sur les antécédents de conduite du patient et ses habitudes de conduite au cours du dernier mois.	Partie A	Partie B

2.3.2. Tests neuropsychologiques

À quel moment devrions-nous employer les tests neuropsychologiques ?

L'évaluation neuropsychologique n'est pas systématiquement requise pour diagnostiquer le TDA/H, mais elle permet d'établir un portrait plus précis des limitations cognitives du patient, notamment en ce qui a trait aux habiletés attentionnelles, à la vitesse de traitement de l'information, à la mémoire et aux fonctions exécutives. L'usage de ces tests peut s'avérer nécessaire pour confirmer d'autres troubles en cas de diagnostic incertain, notamment pour exclure la présence d'autres troubles neurodéveloppementaux telles la dyslexie ou la dyscalculie. Ils aident également à cerner les difficultés et les forces cognitives du patient, facilitant ainsi la planification du traitement. L'Association américaine des médecins de famille suggère également une évaluation en neuropsychologie pour accroître la précision du diagnostic de TDAH chez l'adulte en l'absence d'informations collatérales telles que les antécédents de l'enfance et les

rapports des observateurs, en cas de suspicion de simulation ou en présence de comorbidités mentales confondantes (Olagunju et al., 2024). Toutefois, l'utilisation exclusive de tests psychométriques n'est pas suffisante pour diagnostiquer le TDA/H en raison de leur validité écologique limitée (CADDRA, 2018). Environ 20% des adultes avec un TDA/H présenteront un profil neuropsychologique normal, soulignant ainsi que les tests neuropsychologiques ne sont pas toujours nécessaires et jamais suffisants pour poser un diagnostic de TDA/H.

Lors d'une évaluation neuropsychologique, une batterie de tests est administrée pour identifier la présence de déficits cognitifs et évaluer leur impact dans le fonctionnement personnel et professionnel du patient. Il est recommandé d'insister sur les tests évaluant les habiletés attentionnelles (attention soutenue), les fonctions exécutives et la mémoire de travail (attention partagée). On ajoutera des tests tel que la dictée de mots, Chapman-Cook, Alouette, ÉCLA, Odedys, le test de fluidité verbale pour exclure la présence d'autres troubles d'apprentissage. Voici une liste de tests psychométriques régulièrement utilisés dans l'évaluation du TDA/H chez l'adulte :

<ul style="list-style-type: none"> • L'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes, 4^e édition (WAIS-IV) (<i>porter attention à l'indice de vitesse de traitement de l'information et à l'indice de mémoire de travail</i>) • La batterie de tests Delis-Kaplan (D-KEFS) (Tours, Stroop, Fluidité verbale), • TEA (Test of Everyday Attention), • CPT-3 (Continuous Performance Test) • Brown-Peterson • D2 • Ruff 2 et 7 • BTA (Brief Test of Attention) • Repérage des A • Test d'attention partagée de Baddeley 	<ul style="list-style-type: none"> • PASAT • Labyrinthe • Tracés A et B • Hayling • 15 mots de Rey ou CVLT-II • Figure complexe de Rey • Histoires logiques du WMS-III • Test de classement de cartes du Wisconsin • Tour de Londres • BADS (Plan du zoo et 6 éléments) • Empan auditivo-verbal et spatial • BVMT-R • Test des commissions
---	---

2.4 Diagnostic différentiel et comorbidité

Le diagnostic différentiel et l'identification de troubles comorbides sont des étapes essentielles dans le processus de diagnostic du TDA/H. Il est important de reconnaître le chevauchement des symptômes entre le TDA/H et d'autres pathologies. Le diagnostic différentiel permet d'exclure la présence d'autres conditions médicales ou psychiatriques présentant des symptômes similaires. La comorbidité désigne la présence d'un ou plusieurs troubles souvent associés au TDA/H. On estime que 85% des adultes ayant un TDA/H présentent d'autres troubles. La démarche diagnostique vise à éliminer les troubles qui peuvent se manifester de manière similaire au TDA/H et à identifier, s'il y a lieu, la présence d'autres pathologies au portrait clinique. Un bilan médical, incluant un examen physique, l'analyse des antécédents médicaux et des tests en laboratoires, permettra d'exclure une condition médicale qui imiterait des symptômes du TDA/H ou encore d'identifier d'autres troubles comorbides.

Note : Le TDA/H peut coexister avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et avec une déficience intellectuelle.

Affections médicales	Affections psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> • Atteintes auditives, visuelles ou sensorielles • Dysfonctionnement thyroïdien (Hypothyroïdie, Hyperthyroïdie) • Troubles hématologiques (Anémie) • Épilepsie, tics • Maladie hépatique • Intoxication au plomb • Interactions médicamenteuses • Malnutrition / Obésité • Diabète • Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale • Complications périnatales • Traumatisme craniocérébral, notamment les lésions aux lobes frontaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble anxieux • Trouble bipolaire • Trouble dépressif majeur • Troubles de l'alternance veille-sommeil (Insomnie, Apnée du sommeil, Narcolepsie, Hypersomnolence) • Trouble d'apprentissage (Dyslexie, Dysgraphie, Dyscalculie, Dyspraxie) • Trouble oppositionnel avec provocation • Troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues • Utilisation de substances stimulantes • Syndrome de Gilles de la Tourette • Trouble du spectre de l'autisme (TSA) • Déficience intellectuelle légère ou intelligence limite • Trouble de l'attachement • Trouble de la personnalité (Limite, Histrionique)

Section 3 : Traitement pharmacologique du TDA/H chez l'adulte

La pharmacothérapie est souvent le premier traitement envisagé pour traiter le TDA/H chez les adultes, en raison de sa rapidité d'action et de l'effet immédiat sur les symptômes. La médication ne vise pas à guérir le TDA/H, mais à en réduire les symptômes pour améliorer la qualité de vie du patient. En améliorant les habiletés attentionnelles, la médication permet au patient de développer des stratégies adaptatives efficaces et de rester concentrer sur une tâche, même si celle-ci peut paraître plus ennuyeuse ou exigeante, et ce malgré les distractions qui l'entourent. Son efficacité a été bien démontrée dans la littérature médicale, alors qu'entre 65 à 75% des patients répondent aux stimulants et voient une diminution d'au moins 30% de leurs symptômes (Pliszka, 2007).

3.1 Psychostimulants et non-stimulants

3.1.1 Psychostimulants (1^{re} ligne)

Les psychostimulants sont le traitement de première ligne du TDA/H chez les enfants, adolescents et adultes, en raison de leur action rapide et de leurs effets cliniques rapidement observés. Le mode de libération peut être immédiat (à courte action) ou retardé (à longue action ou prolongée). En cas d'oubli d'une dose, le traitement peut être poursuivi normalement. Le traitement par psychostimulants peut être pris de façon intermittente ou occasionnelle, sans risque de sevrage à l'arrêt.

Psychostimulants à base d'amphétamines : Dexedrine^{MD}, Dexedrine spansule^{MD}, Adderall XR^{MD}, Vyvanse^{MD}.

Psychostimulants à base de méthylphénidate : Concerta^{MD}, Ritalin^{MD}, Ritalin SR^{MD}, Biphentin^{MD}.

Parmi les effets secondaires fréquents liés à la prise de psychostimulants, on retrouve la perte d'appétit, la douleur abdominale, les céphalées et les troubles du sommeil. Sur le plan cardiaque, on note l'accélération du rythme cardiaque et l'augmentation de la tension artérielle, d'où l'importance de prendre les signes vitaux avant et tout au long du traitement. Des cas d'arythmie, incluant la tachycardie ont été rapportés. Chez les patients qui ont une histoire personnelle ou familiale de conditions cardiaques ou de mort subite, l'Association américaine des

Médecins de famille recommande une évaluation cardiovasculaire avant d'initier un traitement pharmacologique afin d'éviter les risques de morts subites, d'ACV et d'infarctus du myocarde. L'usage à long terme et à des doses élevées de psychostimulants pour le traitement du TDA/H est associé à un risque élevé d'ACV et d'insuffisance cardiaque, selon le Collège Américain de Cardiologie. L'utilisation chronique d'amphétamines à des fins récréatives a été associée à la cardiomyopathie ; celle-ci est réversible avec l'arrêt de la substance. Pour éviter la prise de psychostimulants à des fins récréatives, on suggère de prescrire une médication à libération prolongée ou des non-stimulants. Il existe aussi un risque de *diversion* référant à un usage de la médication à des fins non thérapeutiques, tels que pour diminuer l'appétit, perdre du poids ou améliorer l'attention sans TDA/H diagnostiqué.

3.1.2 Non psychostimulants (2^e et 3^e ligne)

On considérera un traitement de 2^e ligne ou de 3^e ligne avec des non-psychostimulants si l'emploi de psychostimulants s'est avéré inefficace, non toléré ou s'il est contre-indiqué. Ces médicaments offrent une action prolongée couvrant toute la journée. Contrairement aux psychostimulants, il faudra quelques semaines avant d'observer l'effet clinique recherché. Le traitement avec non-stimulant ne peut être interrompu subitement puis repris tel qu'il est possible de le faire avec des psychostimulants. Les traitements de 3^e ligne sont des traitements hors indication à considérer uniquement en cas d'échec de traitements de première et de deuxième ligne ou encore chez des cas complexes.

Traitement de 2^e ligne : l'atomoxétine (Strattera^{MD}) et la guanfacine (Intuniv XR^{MD}) dont l'effet dure 24 heures.

Traitement de 3^e ligne : le modafinil (Alertec^{MD}), le bupropion (Wellbutrin XL^{MD}), la clonidine (Catapres^{MD}) ou certains antidépresseurs comme le venlafaxine (Effexor XR^{MD}), le desvenlafaxine (Pristiq^{MD}), le duloxétine (Cymbalta^{MD}) et le mirtazapine (Remeron^{MD}).

Les effets secondaires de l'atomoxétine sont la somnolence et la fatigue en début de traitement, des symptômes gastro-intestinaux, une diminution de l'appétit, une augmentation de la tension artérielle et du rythme cardiaque, des idées suicidaires, de l'hépatite (très rare), un délai de croissance dans les premières années de traitement. La guanfacine et la clonidine peuvent être associées à la somnolence et la sédation, la bouche sèche, des étourdissements, des céphalées, de la bradycardie et de l'hypotension, des douleurs abdominales et de l'irritabilité. La

prise de guanfacine ou de clonidine ne devrait jamais être interrompue subitement en raison du risque d'entraîner de l'hypertension rebond.

3.2 Établir le traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique et le suivi sont assurés par un prescripteur. Le choix du traitement est basé sur les symptômes ciblés, la durée d'action du médicament, les effets secondaires à éviter, les pathologies comorbides du patient et ses capacités financières.

3.2.1 Durée d'action

Le médecin veillera à coordonner la période d'efficacité du médicament avec les périodes où le patient nécessite le plus de concentration. Par exemple, pour un jeune adulte en cours d'études, le traitement sera adapté aux heures de classe ainsi qu'aux moments où il conduit, dont la période à risque est le soir et le week-end.

- Les **psychostimulants à courte action** ont un effet rapide de quatre à six heures. Ils sont surtout employés pour prolonger l'effet d'un psychostimulant pris le matin.
- Les **psychostimulants à longue action** font effet entre dix et quatorze heures. Bien qu'ils prennent plus de temps à agir après la prise, leur effet persiste jusqu'à la fin de la journée.

3.2.2 Trouble comorbides

Le suivi pharmacologique est plus complexe en présence de troubles comorbides, un tableau clinique qui touche environ 85% des adultes avec un TDA/H (CADDRA, 2011). Dans ces cas, les objectifs de traitement sont établis en priorisant les problèmes ayant le plus grand impact fonctionnel ou causant le plus de souffrance. Ainsi, chez un patient présentant des comorbidités particulièrement invalidantes telles qu'un trouble psychotique, un trouble lié à l'utilisation de substances ou un trouble de l'humeur comme une dépression majeure ou un trouble bipolaire, le traitement doit d'abord cibler ces difficultés avant de traiter le TDA/H (Gignac et coll., 2016; CADDRA, 2011). On s'assurera que le patient a arrêté de consommer des drogues, tel que le cannabis ou la cocaïne, avant de débiter la médication, notamment en raison des risques cardiovasculaires liés à l'interaction de psychostimulants et de drogues récréatives. L'usage d'alcool et de stimulants exacerbe les risques cardiovasculaires tels que l'augmentation du rythme cardiaque et de la tension artérielle avec un risque potentiel d'infarctus du myocarde. Notons également que l'alcool peut altérer le jugement et augmenter les risques de surdose ; il est donc recommandé d'éviter l'usage de l'alcool lorsqu'on prend des stimulants. Puisque l'utilisation de psychostimulants pour traiter le TDA/H augmente l'anxiété et qu'environ 50% des adultes avec

un TDA/H souffrent d'un trouble anxieux, il est conseillé de débiter le traitement pharmacologique avec de petites doses et de les augmenter graduellement. L'atomoxétine (StratteraMD) peut être bénéfique pour diminuer les symptômes anxieux et est également appropriée pour les patients ayant un syndrome de Gilles de la Tourette parce que cela n'exacerbe pas les tics. La guanfacine (Intuniv XRMD) peut être envisagée en présence d'un tableau clinique avec prédominance de symptômes d'hyperactivité, d'impulsivité, oppositionnels, de tics et d'insomnie (Gignac et coll., 2016). Les contre-indications comprennent les conditions cardiovasculaires sévères (tels que la bradycardie sévère, les blocs cardiaques, l'hypotension) d'où l'importance d'évaluer les antécédents cardiaques et de faire un ECG si des facteurs de risque sont présents. En cas de problèmes hépatiques et rénaux, les effets secondaires peuvent être amplifiés.

3.2.3 Considérations importantes

- Pendant le traitement, surveiller régulièrement le poids, le pouls, la pression artérielle et la qualité du sommeil du patient.
- Examiner les antécédents pharmacologiques familiaux du patient. Si un membre de la famille prend un médicament pour le TDA/H, envisager un premier essai avec le même médicament.
- Vérifier les antécédents personnels et familiaux de maladies cardiovasculaires, de glaucome et de tics lors de l'utilisation de psychostimulants ou d'inhibiteurs du recaptage de la noradrénaline ou d'agonistes α_2 adrénergiques (Gignac et coll., 2016). En cas d'antécédents cardiaques personnels ou dans la famille, effectuer un ECG ou référer le patient en cardiologie avant de commencer un traitement avec des psychostimulants.
- Contre-indications : Les médicaments pour le TDA/H peuvent être contre-indiqués chez les patients présentant les conditions médicales suivantes : syndrome de Gilles de la Tourette ou autres tics moteurs, épilepsie, trouble psychotique, trouble alimentaire, maladie cardiovasculaire, hypertension artérielle, hyperthyroïdie, glaucome et grossesse. Un patient ayant un TDA/H ainsi qu'un trouble bipolaire ou un trouble psychotique devrait être référé à un psychiatre puisque l'utilisation de psychostimulants pourrait induire un épisode de manie ou de psychose. Ce dernier effectuera une évaluation et discutera des risques et bénéfices du traitement du TDA/H pour ce patient ainsi que les différentes alternatives de traitement.
- Médicaments génériques : Les options génériques ne garantissent pas toujours un traitement clinique équivalent à la version originale. Par exemple, le médicament

générique du Concerta^{MD}, le Novo-MPH-ER^{MD}, a un temps d'atteinte de la concentration maximale plus court que le produit d'original.

3.3 Conclusion

Bien que la pharmacothérapie pour le TDA/H offre de nombreux avantages, elle ne représente pas un traitement optimal à lui seul (Chandler, 2013). D'abord, le patient devrait être informé de l'importance d'adopter de saines habitudes de vie (exercice physique, alimentation, sommeil, usage d'alcool, de drogues, de boissons caféinées). Si la médication est envisagée, une psychoéducation est essentielle pour favoriser une adhésion appropriée au traitement. Cela implique de présenter les bénéfices recherchés ainsi que les effets secondaires associés à la médication. Comme mentionné, cette approche ne convient pas à tous les patients et ne suffit pas à elle seule. Dans certains cas, l'interruption du traitement pharmaceutique peut être nécessaire en raison d'une réponse insuffisante ou d'effets secondaires importants. Dans d'autres cas, des contre-indications majeures à la prescription de médication sont présentes. Le patient devrait également être informé que la pharmacothérapie est moins efficace chez les adultes que chez les enfants, ce qui peut entraîner la persistance de symptômes résiduels, malgré le traitement. Par conséquent, il est recommandé de combiner la pharmacothérapie à une psychothérapie, telle que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). La psychothérapie permettra au patient d'apprendre des stratégies pour diminuer l'intensité de ses symptômes. L'approche TCC du modèle de Safren (2006) qui est présentée dans ce manuel met l'accent sur la psychoéducation, la gestion des émotions dysfonctionnelles, le développement d'habiletés organisationnelles et la modification de comportements inadaptés.

Aide-mémoire des médicaments pour le TDA/H au Québec en novembre 2022

https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA_ADHD-Medication-Chart_EN-FR_October2024_Final.pdf

Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental du TDA/H chez l'adulte

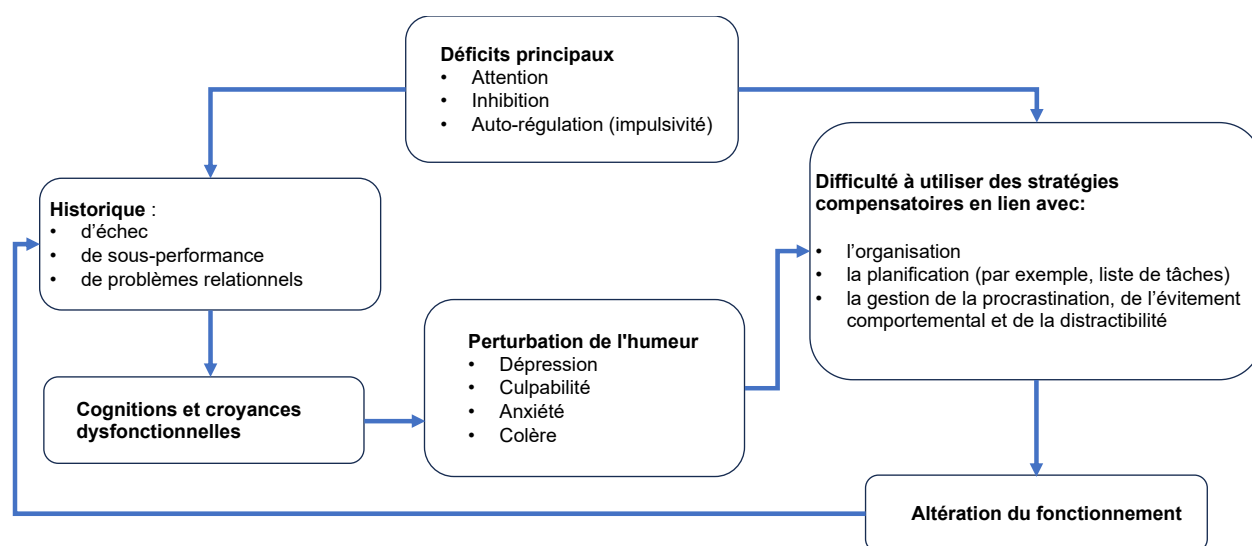
4.1 Physiopathologie du TDA/H

Des études d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) suggèrent que la taille du cortex préfrontal et des noyaux gris centraux chez les personnes avec un TDA/H est plus petite que la moyenne. Le cortex préfrontal est lié à la mémoire de travail et aux fonctions exécutives, essentielles au processus d'apprentissage et de mémorisation. De plus, un dérèglement de la transmission dopaminergique et noradrénergique des régions fronto-striatales est observé, ce qui limiterait leur capacité à maintenir l'attention sur une tâche et filtrer les distractions.

4.2 Modèle TCC du traitement du TDA/H chez l'adulte de Steven A. Safren (2006)

Selon Safren et coll. (2005), les problèmes d'inattention et d'impulsivité liés au TDA/H entravent le développement d'habiletés organisationnelles et de planification, indispensables à l'apprentissage et à la gestion des tâches quotidiennes. Les personnes ayant un TDA/H rencontrent dès l'enfance des difficultés à s'organiser, à planifier des tâches complexes, à gérer leur temps et à se motiver pour entreprendre une tâche exigeante. Elles peuvent avoir tendance à s'éparpiller en s'investissant dans un nouveau projet avant d'avoir complété d'autres engagements prioritaires, ce qui conduit souvent à un historique de retards, de sous-performance, d'échecs et de problèmes relationnels. Ces difficultés d'organisation et de planification peuvent générer du découragement face à l'ampleur d'une tâche donnée, entraînant de la procrastination, voire l'abandon d'un projet. Elles peuvent éviter d'entreprendre une tâche ou un projet parce qu'elles surestiment leur ampleur. Face à des défis récurrents sur le plan académique et professionnel, elles risquent de développer une faible estime de soi et des croyances négatives telles que « je ne suis pas capable » ou « je suis moins intelligent ».

Le fait de prendre plus de temps que leurs pairs dans l'accomplissement d'une tâche peut les amener à se percevoir comme « paresseux » ou « lent », bien que le TDA/H ne soit pas corrélé à la paresse ou à un déficit intellectuel. Des troubles affectifs (tels que la dépression, l'anxiété, etc.) et l'adoption de comportements d'évitement peuvent également découler de déceptions accumulées, compliquant davantage la gestion de la situation. Les difficultés de régulation émotionnelle, telles que les accès de colère, et les comportements impulsifs sont également des caractéristiques fréquentes du trouble chez l'adulte. Enfin, ce dernier sera aussi plus sensible aux distractions sonores et visuelles, qui entraveront sa capacité à maintenir son attention au travail.



Adapté de Safren SA, Sprich S, Chulvick S, et al. Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2004; 27:349–360

4.2.1 Les modules du traitement de Safren (2006)

Le traitement TCC du TDA/H chez l'adulte de Safren (2006) comprend trois modules principaux :

1. L'organisation et la planification

Parce qu'ils tendent à éprouver de la difficulté à établir les différentes étapes pour compléter une tâche complexe, les patients avec un TDA/H sont plus enclins à la procrastination, à l'abandon d'un projet, à vivre de l'anxiété et à sous-performer. Le premier module vise à aider le patient à développer de meilleures habiletés d'organisation et de planification, afin qu'il soit en mesure d'identifier et de mettre en place les étapes d'une stratégie efficace pour compléter un projet. Le module comprend quatre sections :

- L'utilisation d'un agenda et d'un cahier de notes
- La priorisation des tâches avec le système de cotation « A, B, C »
- La technique de résolution de problème
- Le système de « gestion unique » des documents

2. La gestion de la distractibilité

Le deuxième module permet au patient de développer des habiletés supplémentaires pour pallier à la distractibilité et aux difficultés attentionnelles qui caractérisent le TDA/H. Il évaluera sa capacité attentionnelle, apprendra à aménager son environnement de vie et de travail et mettra en place des stratégies pour gérer les distractions. Ce module comprend deux sections :

- L'amélioration des habiletés attentionnelles
- L'organisation de l'espace

3. La thérapie cognitive

Les problèmes d'anxiété et de dépression sont courants chez les patients avec un TDA/H. La thérapie cognitive permet d'identifier les pensées et les croyances inadaptées, puis de les modifier pour des pensées plus rationnelles afin de diminuer l'intensité des émotions dysfonctionnelles.

- L'identification des pensées dysfonctionnelles et leur remplacement par des pensées plus réalistes

Au besoin, un module optionnel pour gérer la procrastination peut être ajouté.

4.3 La thérapie cognitivo-comportementale en autosoin sur internet

Une étude clinique aléatoire de Pettersson et ses collègues (2014) a permis de démontrer que l'approche TCC développée par Safren (2006) pouvait être utilisée en autosoin via internet chez des adultes ayant un TDA/H. L'apprentissage de méthodes compensatoires pour pallier aux lacunes attentionnelles avec le programme In Focus permettaient une meilleure gestion des difficultés liées au TDA/H. Les résultats montraient que la diminution des symptômes du TDA/H était maintenue après 6 mois.

4.4 Modèle de l'inhibition comportementale de Russell A. Barkley (2015)

Selon Russell Barkley, le TDA/H se caractérise principalement par un déficit des capacités d'inhibition qui se manifeste à la fois sur les plans verbal, moteur, cognitif et émotionnel. L'impulsivité émotionnelle présente dans le TDA/H peut s'exprimer par une émotion rationnelle, mais trop intense, puisque mal régulée par les fonctions exécutives. Cela se traduirait par une faible tolérance aux frustrations, l'expression spontanée d'émotions et de colères vives de courtes durées. Sur le plan cognitif, les personnes qui ont un TDA/H auraient tendance à privilégier les activités offrant une gratification immédiate, au détriment d'activités plus ennuyeuses qui nécessitent plus de persévérance. Ainsi, pour favoriser l'accomplissement d'une tâche longue et laborieuse, Barkley recommande au patient d'identifier des récompenses qui suivront rapidement un effort.

Barkley estime que la médication permettra une meilleure inhibition des comportements. En complément à la pharmacothérapie, il recommande la mise en place d'une psychoéducation, informant le patient et sa famille sur la nature du trouble, ses symptômes, ses causes et les options de traitements disponibles. Il suggère également des stratégies de réaménagement de l'environnement de travail, l'utilisation d'un agenda, d'alarmes de rappel, de Post-it et de listes pour éviter les retards et les oublis. Il souligne l'importance de choisir un emploi stimulant et gratifiant pour maintenir la motivation au travail, plutôt que les emplois nécessitant une attention prolongée ou impliquant des tâches monotones et répétitives.

4.5 La thérapie métacognitive de Mary Solanto (2010)

La thérapie métacognitive (Solanto, 2010) est une approche qui intègre les principes cognitivo-comportementaux dans le but d'améliorer les habiletés exécutives, principalement au niveau de la gestion du temps et de la planification. Pour favoriser une meilleure gestion du temps,

établir des attentes réalistes et maintenir la motivation, les patients développent des stratégies tel que de prioriser les tâches importantes et se référer régulièrement à l'heure pour respecter le plan initial. La particularité de cette approche repose aussi sur l'établissement de règles pour assurer une meilleure organisation. Les participants apprennent ainsi des maximes pour favoriser l'exécution des projets exigeants, tel que : « Si une tâche n'est pas inscrite à l'agenda, alors cette tâche n'existe pas », « Si j'ai de la difficulté à débiter une tâche, alors je dois la découper en plus petites étapes », « Débiter une tâche est la partie la plus difficile », « Établir une place pour chaque objet et s'assurer que chaque objet est à sa place ».

Cette approche, initialement développée pour la thérapie de groupe, peut également être adaptée à la thérapie individuelle. Chaque séance dure 2 heures. La première heure consiste en une table ronde où chaque patient s'exprime sur les exercices à domicile qu'il a pratiqué depuis la dernière séance. Cela permet de relever les améliorations et les stratégies ayant été efficaces, mais aussi d'identifier les difficultés rencontrées et de suggérer des stratégies alternatives aux patients. La deuxième heure commence par une présentation d'une nouvelle stratégie à adopter, suivie d'un exercice en séance pour permettre aux patients de se familiariser avec la technique. Les séances se terminent en proposant un nouvel exercice à domicile.

4.6 Le programme « Raisonement et réhabilitation » (Young & Ross, 2007)

Le programme « Raisonement et réhabilitation » (R&R2) utilise l'approche cognitivo-comportementale de 35 séances (ou de 15 séances pour la version courte) pour des adolescents et des adultes présentant un TDA/H » ainsi que des comportements antisociaux (Emilsson et coll., 2011). Il inclut des séances de groupes et des séances individuelles. Ce programme d'entraînement est utilisé depuis plus de trente ans dans des établissements pénitentiaires et des hôpitaux psychiatriques à travers le monde. Outre l'amélioration des capacités attentionnelles, le traitement vise à aider le patient à gérer des enjeux d'impulsivité, de rigidité et d'égoïsme. Il comporte cinq modules : (1) le neurocognitif, visant l'amélioration des capacités attentionnelles, mnésiques et de planification ainsi que pour mieux gérer les comportements impulsifs, (2) la résolution de problèmes et la gestion des conflits (3) le contrôle émotionnel pour une meilleure gestion des émotions, notamment de la colère (4) les compétences prosociales, en développant de meilleures habiletés sociales et capacités d'empathie (savoir reconnaître les sentiments et les pensées d'autrui) et finalement (5) le développement d'une pensée critique et rationnelle.

4.7 La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

Le protocole de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)) a été adapté du protocole pour les troubles dépressifs qui consistait en huit séances hebdomadaires de 2,5 heures (Schoenberg et coll., 2014). Dans une étude portant sur le TDA/H (Gu, 2018), le protocole de MBCT en thérapie individuelle comprenait six séances hebdomadaires d'une heure chacune, auprès d'étudiants universitaires adultes (19 à 24 ans) ayant un TDA/H. Les participants devaient compléter 30 minutes d'exercices quotidiens guidés par des audios en plus de consulter un cahier de travail intégrant des informations spécifiques sur le TDA/H. Les résultats démontrent que les participants ayant suivi le protocole de MBCT voyaient une diminution significative des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité liés au TDA/H, ainsi qu'une diminution de l'anxiété.

4.8 La pertinence de la TCC pour le traitement du TDA/H et son efficacité

La pharmacothérapie est généralement le premier et le seul traitement envisagé suite au diagnostic du TDA/H. Or, plusieurs raisons peuvent amener le thérapeute à proposer la TCC en premier lieu. Certains patients sont réticents à prendre des médicaments et souhaitent être dirigés vers une approche non pharmacologique, centrée sur la psychoéducation et le développement d'habiletés organisationnelles. La TCC s'avère également un traitement de choix lorsqu'il y a contre-indication à prescrire des psychostimulants en raison de la présence d'une autre condition médicale ou lorsque l'évaluation des risques et bénéfices de la prescription de médicaments est défavorable (ex : antécédents cardiaques). Lorsque le trouble n'est pas sévère, une approche psychosociale peut parfois suffire à gérer les symptômes du TDA/H. Dans des cas plus sévères, la TCC seule ne suffira probablement pas à gérer suffisamment les symptômes du trouble, mais elle permettra tout de même une diminution du dosage du médicament prescrit.

Des données démontrent que le traitement pharmaceutique du TDA/H n'est pas optimal à lui seul. Il semble que la médication améliorerait les fonctions exécutives, mais n'aiderait pas toujours le patient à développer de meilleures stratégies compensatoires (Chandler, 2013). L'étude de Wilens et ses collègues (2002) suggère que 20 à 50% des adultes ne répondraient pas aux psychostimulants, soit en raison d'une trop faible diminution des symptômes, d'une intolérance aux effets secondaires des médicaments ou encore dû à une mauvaise adhésion au traitement. Chez les patients qui répondent à la médication, la diminution de leurs symptômes

serait seulement de 50% ou moins. Plus encore, cette étude suggère que l'efficacité de la pharmacothérapie serait moindre chez les adultes que chez les enfants.

L'approche cognitivo-comportementale pour le TDA/H chez les adultes représente un traitement reconnu pour la gestion des symptômes du TDA/H. Les données d'une étude de Safren et de ses collaborateurs (2005) démontrent que la combinaison de la TCC à la pharmacothérapie est plus efficace qu'un traitement basé uniquement sur la médication. En plus de voir leurs symptômes d'inattention et d'hyperactivité diminués grâce à la médication, les participants qui avaient complété le programme de thérapie cognitivo-comportementale de Safren (2006) avaient développé des habiletés et des stratégies concrètes pour gérer les distractions et les problèmes d'organisation et de planification. Par ailleurs, leurs symptômes anxieux et dépressifs avaient également diminué de manière significative grâce à la restructuration cognitive.

4.9 Les traitements « alternatifs » pour le TDA/H

D'autres formes de traitements pour le TDA/H ont été étudiées en tant qu'alternatives à la pharmacothérapie et à la TCC. Celles-ci incluent l'entraînement au neurofeedback, l'ajout d'acides gras oméga-3, le retrait de sucre ou de colorants alimentaires artificiels ou encore la supplémentation en vitamines (B12, B9, D). Les données scientifiques actuelles ne soutiennent pas l'efficacité du neurofeedback comme traitement au TDA/H (Janssen et coll., 2016). De même, aucun régime alimentaire n'est reconnu pour atténuer significativement la symptomatologie du TDA/H. À ce jour, en raison du manque de preuves, ces traitements ne peuvent être considérés comme des alternatives aux traitements conventionnels. De plus, il semble exister un biais de proximité dans ces recherches, où les évaluateurs proches des sujets rapportent une efficacité supérieure au traitement par rapport aux évaluateurs plus distaux.

4.10 Lectures recommandées au patient

Sites Internet	
Association québécoise des neuropsychologues (AQNP)	https://aqnp.ca/documentation/developpemental/tdah/
Association des médecins psychiatres du Québec	https://ampq.org/info-maladie/tdah-trouble-du-deficit-de-lattention-avecsans-hyperactivite/
CADDRA	https://www.caddra.ca/fr/
CERC	https://cerc-neuropsychy.com/ressources-en-ligne/
Clinique Focus (services multidisciplinaires pour l'évaluation et l'intervention du TDA/H)	https://www.cliniquefocus.com/
Ressources Université Laval	https://www.aide.ulaval.ca/apprentissage-et-reussite/textes-et-outils/difficultes-frequentes-en-cours-d-apprentissage/le-tdah-definition-traitements-et-ressources-universitaires/
TDAH Information, Trucs et Astuces	https://attentiondeficit-info.com/

Livres
<p>Mon cerveau a encore besoin de lunettes : Le TDAH chez les adolescents et les adultes, 4^e édition, par Dre Annick Vincent, psychiatre</p> <p>La maîtrise du TDAH chez l'adulte. Un programme de thérapie cognitive-comportementale. Manuel du client. Martin Lafleur, Marie-France Pelletier, Marie-France Vincent et Annick Vincent</p>

Section 5 : Principales étapes du traitement cognitif comportemental du TDA/H chez l'adulte

Le traitement cognitivo-comportemental du TDA/H chez l'adulte décrit dans ce guide s'inspire du programme développé à l'Hôpital Général du Massachusetts et présenté dans le guide de Safren (2006). Dans un article de Sprich et ses collègues (2010), l'ajout de courts vidéos en anglais permet d'illustrer comment les techniques d'intervention de ce programme peuvent être utilisées par le thérapeute en séance. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3874265/>

5.1 Évaluation (voir section 2)

L'évaluation du TDA/H chez l'adulte repose sur l'histoire de cas, l'information collatérale (bulletins scolaires, questionnaires/rencontre avec les proches) et peut être complétée par des questionnaires. Une évaluation neuropsychologique peut être nécessaire pour confirmer ou éliminer d'autres troubles comorbides et pour établir le profil cognitif.

5.2 Psychoéducation et plan d'intervention

Présenter au patient le TDA/H et le modèle cognitivo-comportemental du TDA/H chez l'adulte :

- Expliquer au patient que le TDA/H est un trouble neurodéveloppemental fréquent (entre 2,8 et 4,4% chez les adultes) avec une prévalence stable, quel que soit le pays, la langue ou l'époque. Il s'agit d'un diagnostic valide qui n'est aucunement lié à la paresse ou à une moindre intelligence (Chandler, 2013).
- Énumérer les critères du DSM-5 (Section 2.1).
- Expliquer au patient l'importance d'adopter une hygiène de vie saine, en accordant une attention particulière au sommeil, à l'alimentation et à l'exercice physique. La pratique de pleine conscience peut également diminuer les symptômes du TDA/H, améliorer l'humeur et la gestion de l'anxiété.
- Présenter l'approche cognitivo-comportementale (TCC)
 1. La TCC vise à explorer l'impact de notre perception des situations et de nos actions sur notre état émotionnel et d'identifier des alternatives pour améliorer notre état émotionnel.
 2. C'est une thérapie brève et structurée, axée sur le moment présent.

3. Son succès dépend de l'implication active du patient, de sa volonté de changer et d'accomplir les tâches à domiciles prescrites à la fin de chaque session.
- Présenter la TCC du TDA/H chez l'adulte en tenant compte de la symptomatologie du patient. Souligner que bien que la médication soit un traitement efficace pour le TDA/H, celle-ci est rarement suffisante à elle seule. La psychothérapie vise à développer des habiletés et des stratégies concrètes pour gérer les symptômes du TDA/H.
 - Présenter les trois modules principaux de la psychothérapie pour le TDA/H:
 1. **L'organisation et la planification.** Ce module vise à développer des habiletés pour faciliter l'achèvement de tâches complexes.
 2. **La gestion de la distractibilité.** Ce module vise à mieux gérer les symptômes d'inattention.
 3. **La restructuration cognitive.** Ce module permet d'améliorer la gestion des émotions lorsque celles-ci sont trop intenses.
 - Module optionnel : **La gestion de la procrastination.**

5.3 Fixer des objectifs réalistes et préparer le plan de traitement

En se basant sur les difficultés identifiées lors de l'évaluation, établir avec le patient des objectifs réalistes. Prioriser le traitement du problème le plus invalidant.

5.3.1 Motivation

Maintenir l'adhésion au traitement peut être difficile pour le patient, particulièrement s'il ne réalise pas l'ampleur de l'impact du TDA/H sur son fonctionnement ou encore s'il manque de confiance quant à sa capacité à adopter de nouvelles stratégies de fonctionnement. Le thérapeute soulignera que les changements se feront graduellement et qu'il l'accompagnera dans toutes les étapes pour assimiler de nouvelles stratégies. L'appui d'un proche peut également être bénéfique pour soutenir le patient dans l'application de ces stratégies, par exemple, en abordant l'impact du TDA/H sur la relation ou en le motivant à compléter les devoirs à domicile. Pour maintenir la motivation, le patient sera encouragé à identifier les avantages et les inconvénients à s'impliquer dans le suivi pour mieux gérer les symptômes du TDA/H.

5.4 Prescrire des médicaments s'il y a lieu (voir section 3)

Expliquer au patient que :

- La médication est un traitement reconnu pour le TDA/H, tant chez les enfants que chez les adultes. Elle vise à réduire les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. Il s'agit généralement du premier traitement suggéré pour traiter le TDA/H.
- Le patient peut oublier de prendre sa médication en raison de difficultés d'organisation et de distractibilité liés au TDA/H. La TCC pour le TDA/H peut l'aider à établir une routine qui favorisera la prise de médicaments.
- La pharmacothérapie peut également faciliter l'atteinte des buts fixés en thérapie cognitivo-comportementale (Bramham et coll., 2009).

5.5 Organisation et planification

5.5.1 Utilisation d'un agenda et d'un cahier de notes

L'utilisation d'un agenda et d'un cahier de notes est essentielle et à la base de la gestion du TDA/H. Le patient prendra l'habitude de les apporter avec lui à toutes les rencontres de thérapie. D'abord, il devra développer l'habitude d'inscrire tous ses rendez-vous dans son agenda. Cela permet de centraliser l'information à un seul endroit, évitant ainsi les petits bouts de papier volants dispersés. Si le patient utilise déjà un agenda électronique, il pourra continuer avec ce système si cela fonctionne bien. Sinon, on lui conseillera de se procurer un agenda papier hebdomadaire, plus simple à utiliser qu'un agenda électronique.

Quant au cahier de notes, celui-ci est dédié à l'inscription de toutes les techniques apprises en thérapie ainsi qu'à la rédaction des objectifs quotidiens et hebdomadaires selon leur ordre d'importance. Le patient prendra l'habitude d'inscrire systématiquement les tâches quotidiennes qu'il doit accomplir. À tous les jours, il devra consulter la liste des tâches quotidiennes de son cahier de notes et les classer en ordre de priorité afin d'identifier les tâches qu'il accomplira ce jour-là.

5.5.2 Priorisation des tâches avec le système de cotation « A, B, C »

Une bonne organisation implique de prioriser les tâches quotidiennes en fonction de leur degré d'importance, en utilisant un système de cotation « A, B, C ». D'abord, une liste complète de toutes les tâches sera dressée, puis chaque tâche sera évaluée en fonction de son degré d'importance, en lui attribuant une cote :

- Les tâches « A » sont prioritaires et doivent être accomplies le jour même ou le lendemain sans quoi il y aura des conséquences.

- Les tâches « B » sont moins importantes que les tâches « A ». Une portion peut être commencée le jour même puis complétée plus tard.
- Les tâches « C » sont les moins prioritaires, mais elles peuvent être plus attrayantes ou faciles.

On accomplira les tâches « A » en premier puis on commencera à s'investir dans les tâches « B » seulement lorsque toutes les tâches « A » seront entièrement complétées. La même logique s'appliquera pour entreprendre les tâches « C », soit une fois que les tâches « B » sont terminées.

5.5.3 Technique de résolution de problème

Les patients avec un TDA/H peuvent éprouver de la difficulté à terminer ou à initier une tâche, ne sachant pas par où commencer. La technique de résolution de problème est une approche structurée en 5 étapes pour aborder efficacement un problème complexe avec une attitude constructive :

1. Définir le problème
2. Générer une liste exhaustive de solutions potentielles
3. Évaluer les avantages et les inconvénients de chaque solution
4. Coter chaque solution et choisir la solution optimale
5. Planifier la mise en œuvre de la solution choisie en établissant les étapes. Lorsqu'une tâche imposante est difficile à initier, diviser celle-ci en petites étapes, pour faciliter son initiation et son achèvement.

On suggèrera au patient d'imprimer la fiche technique de résolution de problème pour appliquer cette technique, étape par étape :

<https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/rc3a9solution-de-problc3a8mes-jg.pdf>

5.5.4 Système de « gestion unique » des documents

Les problèmes de gestion de documents sont fréquents chez les patients avec un TDA/H, ce qui peut engendrer la perte de documents, des retards, des oublis, des frais de retards ou d'intérêt, des pertes de service et une surcharge mentale. L'adoption d'un système de « gestion unique » où chaque document (factures, lettres, formulaires, etc.) n'est manipulé qu'une seule fois permet de simplifier cette gestion.

1. Identifier un lieu central pour le traitement de tous les documents.
2. Rassembler le matériel nécessaire (classeurs, chéquier, enveloppes, timbres, calculatrice).

3. Établir 2 à 3 sessions de gestion de documents par semaine et les inscrire à l'agenda. Remplir une liste de tâches à compléter.
4. Remplir une liste de tâches à compléter : payer les factures, répondre aux courriers/courriels, faire un appel téléphonique. Prioriser les tâches en fonction du système de priorisation « A, B, C ».
5. Établir les règles de gestion :
 - Payer toutes les factures immédiatement.
 - Jeter les documents inutiles. Un proche peut les aider à trier et à se départir des objets superflus.
 - Conserver les factures pendant 6 mois.
6. Classer les documents importants dans des chemises suspendues par catégorie (Impôts, relevés bancaires et de cartes de crédit, informations médicales, automobiles, assurances).
 - Le système de classement doit rester simple.
 - Consacrez des chemises seulement pour les documents importants (impôts, médical, voiture, maison, finances).
7. Utiliser un tiroir de rangement ou un petit classeur.

5.6 Gestion de la distractibilité

5.6.1 Amélioration des habiletés attentionnelles

- A. **Évaluation de la capacité attentionnelle** : Les personnes atteintes d'un TDA/H sont très sensibles aux distractions, ce qui peut entraver l'accomplissement d'une tâche importante. Tel que présenté dans la technique de résolution de problème, on suggère de découper une longue tâche en plusieurs petites étapes. Le temps de ces petites étapes sera basé sur la « capacité attentionnelle » du patient, soit le temps qu'il peut consacrer à une tâche monotone sans s'arrêter. Pour identifier sa « capacité attentionnelle », le patient aura comme travail à domicile de chronométrer le temps qu'il peut passer à effectuer une tâche ennuyeuse et il inscrira ce temps dans son cahier de notes. Il répétera l'exercice quelques fois pour confirmer sa capacité attentionnelle. Si sa capacité attentionnelle est de 10 minutes, chaque petite étape devrait durer un maximum de 10 minutes.
- B. **Différer les distractions** : Au début de chaque petite étape, le patient lancera le minuteur pour une durée de 10 minutes. S'il est distrait au milieu d'une tâche avant que la minuterie ait sonné, il inscrira cette distraction dans son cahier de notes et retournera immédiatement

à la tâche principale. Ce n'est qu'une fois que le minuteur sonnera que le patient pourra s'attarder aux distractions inscrites à son cahier.

5.6.2 Organisation de l'espace

Une attention particulière doit être portée à l'aménagement de l'espace :

- Pour les études et le travail, retirer toutes les sources de distractions visuelles ou sonores (éteindre la sonnerie du téléphone, désactiver les alertes de courriel, éteindre la radio, la télévision, limiter l'usage aux réseaux sociaux, éviter de placer le bureau près d'une fenêtre, etc.) ;
- Choisir un emplacement spécifique pour ranger les objets essentiels avant de quitter la maison (clés, portefeuille, cellulaire, cahier de notes, agenda, lunettes, etc.) ;
- Activer une sonnerie aux trente minutes pour rappeler au patient de rester concentré à son ouvrage.
- Aller travailler au bureau ou à la bibliothèque.

5.7 Thérapie cognitive

Les personnes qui ont un TDA/H ont tendance à entretenir davantage de pensées et de croyances dysfonctionnelles, en raison des difficultés de longue date ayant été rencontrées dans les sphères académiques, professionnelles et relationnelles. La thérapie cognitive vise à modifier les pensées inadaptées qui génèrent des émotions négatives et qui entravent la mise en œuvre de bonnes stratégies pour accomplir des tâches. En complétant le tableau d'enregistrement des pensées automatiques dysfonctionnelles, le patient prendra conscience de ses pensées automatiques dysfonctionnelles. En identifiant les distorsions cognitives qui biaisent sa perception, il sera en mesure d'adopter une pensée plus rationnelle afin de réduire sa détresse psychologique. Voici quelques exemples de ces croyances et pensées inappropriées qu'entretiennent parfois les personnes ayant un TDA/H :

« Je m'en occuperai plus tard » ; « Je n'ai pas le goût de le faire » ; « C'est trop compliqué » ; « Je ne suis pas capable » ; « C'est trop long, je ne finirai jamais » ; « C'est plate » ; « Je dois tout garder au cas où j'en aurais besoin un jour » ; « Je regarderai mon compte de banque plus tard, je n'ai pas envie de voir que j'ai du retard dans mes paiements »

Pour une présentation détaillée de la thérapie cognitive, le patient peut se référer au *manuel d'accompagnement pour une thérapie cognitive* du site TCCMontréal :

<https://tccmontreal.com/manuel-daccompagnement-pour-une-therapie-cognitivo-comportementale/>

5.8 Éviter la procrastination

La procrastination est un problème fréquent chez les personnes avec un TDA/H. Pour mieux la gérer, on révisera les habiletés déjà développées dans la thérapie et on expliquera au patient comment il peut les utiliser pour éviter de procrastiner. Les personnes ayant tendance à procrastiner ont avantage à identifier le type de situations qui mène à la procrastination et à prendre conscience des facteurs cognitifs qui y contribuent.

1. Explorer avec le patient les circonstances où il a tendance à procrastiner et les conséquences qui en découlent.
 - a. Les causes possibles de la procrastination :
 - Ne pas savoir comment débiter une tâche
 - Le manque de motivation à débiter une tâche
 - S'impliquer dans des activités plus plaisantes et plus faciles
 - Éviter les émotions négatives, tel que le sentiment de découragement face à l'ampleur d'une tâche
 - Une date d'échéance trop loin ou absente
 - Penser que l'on performe mieux lorsque l'on attend d'exécuter la tâche à la dernière minute
 - b. Les conséquences
 - Augmentation du stress et de la culpabilité lorsque la tâche est gérée à la dernière minute
 - La tâche est bâclée par manque de temps pour peaufiner le travail
 - Augmentation du risque d'erreur en raison du stress et du manque de temps pour réviser la tâche
 - Manque de temps pour gérer les imprévus qui sont fréquents dans des projets de longue durée
 - Retards, pénalités, impact financier et mécontentement de l'entourage
 - Chamboulement de l'horaire lorsque l'on se rapproche de la date d'échéance
 - Ne pas ressentir la satisfaction éprouvée lors de l'accomplissement d'une tâche bien exécutée
 - c. Inviter le patient à compléter le tableau des avantages et des inconvénients à procrastiner afin d'augmenter la motivation du patient à accomplir une tâche qu'il évite. En remplissant ce tableau, il prendra conscience que bien que la procrastination offre des avantages à court terme, les inconvénients s'accumulent sur le long terme et finissent par surpasser les avantages.

2. Explorer les émotions et les distorsions cognitives qui mènent à la procrastination avec la thérapie cognitive et le tableau d'enregistrement des pensées automatiques dysfonctionnelles.
3. Adapter la technique de résolution de problème à la procrastination

Tel que présenté dans la section [5.5.5.](#), la technique de résolution de problème est une stratégie efficace pour surmonter la procrastination. Lorsque le patient est incapable d'entreprendre une tâche, il est souhaitable de la diviser en plus petites étapes. En cas de blocage à une étape, il est conseillé de diviser davantage la tâche jusqu'à ce que chaque étape paraisse facilement réalisable pour le patient. Chacune de ces étapes ne doit pas dépasser la capacité attentionnelle du patient, comme détaillé dans la section [5.6.1.](#) Les étapes doivent être inscrites sur la liste des tâches quotidiennes du cahier de notes.

5.9 Terminaison, prévention des rechutes

Cette démarche vise à favoriser le maintien des acquis à long terme.

5.9.1 Résumé de thérapie

Deux ou trois séances avant la fin du suivi, on encouragera le patient à remplir la fiche de résumé de thérapie. Sur cette fiche, il énumérera les outils ayant été les plus utiles au cours de la thérapie (Ex : l'utilisation d'un agenda, le système de « gestion unique », la restructuration cognitive, etc.). Cette démarche permettra au patient de consolider les notions acquises et de les utiliser lorsqu'il sera confronté aux difficultés à venir. Il est essentiel de rappeler au patient l'importance de continuer à utiliser les outils de la thérapie au quotidien pour maintenir les acquis. Le patient peut également remplir à nouveau les mêmes questionnaires qu'il avait complétés en début de suivi pour comparer ses résultats et constater l'ampleur des améliorations réalisées grâce à la thérapie.

5.9.2 Fiche de prévention de rechute

En même temps qu'il complète le résumé de thérapie, le patient sera invité à remplir la fiche de prévention de rechute qui comporte deux parties. Tout d'abord, le patient identifie les situations présentant un risque accru de rechute. Par exemple, « lorsque ma routine est modifiée », « lorsque j'ai une sortie un soir de semaine », « lorsque je débute un nouvel emploi », « lorsque je n'ai pas planifié le menu de la semaine en avance » et « lorsque l'on m'explique des

consignes ». On pourra alors évaluer avec le patient si certains de ces facteurs sont encore présents et menaçants. Puis, le patient pourra identifier les symptômes avant-coureurs d'une rechute, c'est-à-dire les premiers signes qui se manifestent lorsqu'il est confronté à des difficultés comme un sentiment de découragement, un conflit avec un(e) conjoint(e) ou le manque de sommeil.

5.9.3 Entrevues de consolidations (booster sessions)

Dans le cadre d'un suivi d'approche cognitivo-comportementale, il est courant de prévoir quelques entrevues de consolidation après la fin de la thérapie, plutôt que de mettre fin au suivi de manière abrupte. Ces séances sont planifiées avec un espacement progressif. Par exemple, une rencontre dans un mois, puis une autre dans trois mois, puis dans six mois, et enfin dans un an. Le but visé par cette planification espacée des dernières séances vise à faciliter la transition vers l'autonomie du patient et de garantir la stabilité des acquis. La fin graduelle du suivi peut être rassurante pour le patient, surtout s'il appréhende la fin du suivi. Lors de ces séances, vous discuterez des défis rencontrés par le patient depuis la fin de la thérapie et identifierez ensemble les stratégies ou techniques qu'il pourra utiliser à l'avenir pour les surmonter.

Section 6 : Déroulement du traitement

** Le déroulement du traitement varie d'un cas à l'autre. Ce plan est présenté à titre indicatif.

1^{re} séance

1. Évaluation : histoire de cas habituel (incluant le motif de consultation, l'historique détaillé du développement à l'enfance incluant l'histoire périnatale).

Travaux à domicile :

- a. Remettre au patient les questionnaires suivants à compléter :
 - ASRS-V1.1 À compléter par le patient.
 - ASRS-V1.1 À compléter par un proche.
 - WSR-II À compléter par le patient et optionnellement par un proche.
 - WFIRS-S À compléter par le patient.
 - WFIRS-P À compléter par un proche.
 - JDQ À compléter par le patient (Partie A) et un proche (Partie B), si le patient conduit.
- b. En présence d'une symptomatologie anxio-dépressive, remettre au patient une copie de :
 - BDI : L'inventaire de Beck pour la dépression.
 - BAI : L'inventaire de Beck pour l'anxiété.
- c. Pour la prochaine séance, demander au patient d'apporter tous les bulletins, idéalement à partir de la garderie ou du primaire jusqu'aux relevés les plus récents (secondaire, CÉGEP, université).

2^e Séance

1. Revoir les questionnaires complétés par le patient avant la séance. Consulter les bulletins.
2. Poser le diagnostic de TDA/H.
3. Psychoéducation sur le TDA/H (peut être réalisée en présence d'un proche significatif) :
 - Expliquer les symptômes reliés au TDA/H.
 - Donner l'information sur l'importance d'adopter de saines habitudes de vie, particulièrement au niveau du sommeil, de l'exercice physique et de l'alimentation.
4. Décrire la TCC du trouble avec les trois modules du traitement : Module 1. Organisation et planification (4 séances) ; Module 2. Gestion des distractions (2 séances) ; Module 3. Thérapie cognitive (3 séances); Modules optionnels. Procrastination et Séance avec le proche (pour offrir du soutien)
5. Établir avec le patient ses objectifs de suivi.
6. Prescrire la médication indiquée. Si l'évaluation a été réalisée par un psychologue ou un neuropsychologue, remettre le rapport d'évaluation au patient pour qu'il le transmette à son médecin.
7. Décrire le traitement pharmacologique au patient.

Travaux à domicile :

- a. Lectures :
 - L'approche cognitivo-comportementale.
<https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/02/manuel-dinformation-quest-ce-que-la-tcc.pdf>
 - La thérapie cognitivo-comportementale du TDA/H
 - Section 1. Introduction (page 5 du guide patient).
 - Section 2. Comprendre (pages 6 à 17 du guide patient).
- b. Débuter la pharmacothérapie.
- c. Se procurer un agenda (de préférence un agenda papier) ainsi qu'un cahier de notes que le patient apportera à chaque séance. Demander au patient d'y inscrire ses objectifs de suivi (page 19 du guide patient).
- d. Compléter l'exercice de motivation en identifiant les avantages et les inconvénients du suivi pour le TDA/H (pages 19 à 20 du guide patient).

3^e Séance

1. Suivi. Suivi signifie :
 - de s'informer sur l'évolution de la situation en général et de la symptomatologie en particulier.
 - d'assurer le suivi pharmacologique.
 - de réviser du questionnaire ASRS-V1.1.

Module 1. Organisation et planification

2. Retour sur l'exercice de motivation.
3. Enseigner au patient comment utiliser un agenda.
4. Expliquer au patient que le cahier de notes sera consacré à la thérapie pour y inscrire sa liste de tâches et les techniques apprises en thérapie et les devoirs.
5. Enseigner de la technique de priorisation des tâches selon le système de cotation « A, B, C ».

Travaux à domicile :

- a. Compléter le questionnaire ASRS-V1.1.
- b. Dans l'agenda, inscrire tous ses rendez-vous.
- c. Dans le cahier de notes, inscrire les devoirs, rédiger une liste de tâches à compléter.
- d. Organiser la liste de tâches avec la technique de priorisation des tâches selon le système de cotation « A, B, C » tel que présenté dans le guide patient à la page 23.

4^e Séance

1. Suivi.
2. Retour sur l'utilisation de l'agenda.
3. Retour sur l'utilisation du cahier de notes et de la gestion des tâches avec la technique de priorisation.
4. Enseigner la technique de résolution de problème

Travaux à domicile :

- a. Compléter le questionnaire ASRS-V1.1.
- b. Poursuivre l'utilisation de l'agenda, du cahier de notes avec la liste de tâches à organiser selon la technique de priorisation.
- c. Rayer les tâches complétées de la liste de tâches et retranscrire les tâches non complétées dans la liste du lendemain.
- d. Compléter la fiche technique de résolution de problème avec une situation concrète en suivant les étapes tel que présenté dans le guide patient à la page 24.
<https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/rc3a9solution-de-problc3a8mes-jg.pdf>
- e. Diviser une tâche complexe et imposante en petites étapes tel que suggéré à l'étape 5 de la technique de résolution de problème (page 24 du guide patient).

5^e Séance

1. Suivi.
2. Retour sur l'utilisation de l'agenda et du cahier de notes.
3. Retour sur l'utilisation de la technique de résolution de problème.
4. Présenter le système de « gestion unique » des documents.

Travaux à domicile :

- a. Compléter le questionnaire ASRS-V1.1.
- b. Poursuivre l'utilisation de l'agenda, du cahier de notes avec la liste de tâches à organiser selon la technique de priorisation.
- c. Appliquer le système de « gestion unique » des documents en suivant les étapes dans le guide du patient (page 25 du guide patient) :
 - Identifier un lien central où traiter les documents une seule fois.
 - Rassembler le matériel nécessaire.
 - Inscrire à l'agenda 2 à 3 moments dans la semaine où gérer les documents (paiement des factures, jeter les documents inutiles dont les factures de plus de 6 mois).
 - Classer les documents importants dans des chemises suspendues (impôts, relevés bancaires, information médicale, automobiles, assurances).

6^e Séance

1. Suivi.
2. Retour sur l'utilisation de l'agenda et du cahier de notes.
3. Retour sur le système de « gestion unique » des documents.

Module 2. Gestion de la distractibilité

4. Expliquer comment améliorer les habiletés attentionnelles en découpant les tâches imposantes en petites étapes selon notre « capacité attentionnelle ».
5. Expliquer le système d'organisation de l'espace :
 - Pour le bureau : retirer toutes les sources de distraction visuelle ou sonore.
 - Identifier un lieu de rangement pour les choses importantes, notamment les objets essentiels avant de quitter la maison.
 - Activer une sonnerie aux trente minutes comme rappel pour rester concentré à l'ouvrage.

Travaux à domicile :

- a. Compléter le questionnaire ASRS-V1.1.
- b. Poursuivre l'utilisation de l'agenda, du cahier de notes avec la liste de tâches à organiser selon la technique de priorisation.
- c. Mesurer la capacité attentionnelle (page 26 du guide patient).
- d. Découper une tâche imposante en petites étapes qui ne durent pas plus longtemps que la capacité attentionnelle du patient.
- e. Appliquer le système d'organisation de l'espace au bureau et à la maison (page 27 du guide patient).

7^e Séance

1. Suivi.
2. Retour sur l'utilisation de l'agenda et du cahier de notes.
3. Retour sur la mesure de la « capacité attentionnelle » du patient.
4. Retour sur l'application du système d'organisation de l'espace au bureau et à la maison.

Module 3. Thérapie cognitive

5. Expliquer la thérapie cognitive :
 - Les principes fondamentaux de la thérapie cognitivo-comportementale et présenter le système événement, pensées, émotions et comportements.
 - Le modèle TCC du traitement du TDA/H par Safren pour illustrer qu'un parcours personnel semé de difficultés académiques, professionnelles et relationnelles peut engendrer davantage de pensées négatives et de croyances dysfonctionnelles sur soi.
 - Présenter les 4 familles d'émotions désagréables.
 - Présenter le tableau d'enregistrement des pensées automatiques dysfonctionnelles (TEP) à 3 colonnes (événement, émotions et pensées automatiques dysfonctionnelles).

Travaux à domicile :

- a. Compléter le questionnaire ASRS-V1.1.
- b. Poursuivre l'utilisation de l'agenda, du cahier de notes avec la liste de tâches à organiser selon la technique de priorisation.
- c. Compléter un ou deux TEP à 3 colonnes.
- d. Lecture de la liste des 10 formes de distorsions cognitives et/ou l'approche socratique.
Distorsions cognitives : <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/biais-diinterprc3a9tation.pdf>

8^e Séance

1. Suivi.
2. Retour sur l'utilisation de l'agenda, du cahier de notes.
3. Révision du TEP 3 colonnes rempli à la maison.
4. Présenter la restructuration cognitive (pensées et croyances dysfonctionnelles) et identifier les croyances dysfonctionnelles du patient.
5. Revenir sur la liste des distorsions cognitives et/ou l'approche socratique.
6. Compléter un des TEP 3 colonnes en y ajoutant deux colonnes soit les pensées réalistes et les résultats.

Travaux à domicile :

- a. Compléter le questionnaire ASRS-V1.1.
- b. Poursuivre l'utilisation de l'agenda, du cahier de notes.
- c. Compléter un ou deux TEP 5 colonnes.

9^e Séance

1. Suivi.
2. Retour sur l'utilisation de l'agenda et du cahier de notes.
3. Révision du TEP 5 colonnes rempli à la maison.

Module 4. Éviter la procrastination (optionnel, si le patient a tendance à procrastiner)

4. Explorer avec le patient :
 - Les causes qui l'amènent à procrastiner.
 - Les avantages et inconvénients à la procrastination.
5. Utiliser la thérapie cognitive avec une situation de procrastination afin d'identifier et de modifier les pensées automatiques dysfonctionnelles.
6. Adapter la technique de résolution de problème pour gérer la procrastination en divisant une tâche en petites étapes. Chaque étape doit sembler facilement réalisable et ne doit pas être plus longue que la capacité attentionnelle du patient.

Travaux à domicile :

- a. Compléter le questionnaire ASRS-V1.1.
 - b. Poursuivre l'utilisation de l'agenda et du cahier de notes.
 - c. Compléter le tableau avantages et inconvénients à procrastiner (page 33 du guide patient).
 - d. Remplir un TEP 5 colonnes en lien avec une situation de procrastination.
7. Découper en petites étapes facilement réalisables une tâche que le patient a de la difficulté à commencer.

10^e Séance

1. Suivi.
2. Retour sur l'utilisation de l'agenda et du cahier de notes.
3. Aborder les craintes liées à la fin du suivi.
4. Afin de maintenir les acquis, expliquer au patient l'importance de continuer à utiliser les outils présentés dans le suivi :
 - Revoir l'observance du traitement pharmaceutique ;
 - Maintenir de saines habitudes de vie, principalement au niveau du sommeil, de l'exercice physique et de l'alimentation ;
 - Utiliser l'agenda en y inscrivant systématiquement tous ses rendez-vous ;
 - Utiliser le cahier de notes pour y inscrire sa liste de tâches. Organiser ces tâches avec le système de priorisation des tâches « A, B, C » ;
 - Utiliser la technique de résolution de problème lorsqu'il fait face à un problème plus complexe ;
 - Maintenir le système de « gestion unique » des documents ;
 - Découper les tâches complexes en petites tâches dont la durée ne dépasse pas la capacité attentionnelle du patient ;
 - Organiser l'espace de travail en y retirant toutes les sources de distractions et choisir un emplacement spécifique pour ranger les objets importants ;
 - Remplir des TEP 5 colonnes pour gérer les émotions dysfonctionnelles.
5. Expliquer l'utilité du résumé de thérapie, de la fiche de prévention de rechute et des entretiens de consolidations.

Travaux à domicile :

- a. Compléter les questionnaires ayant été remplis en début de suivi, notamment le questionnaire ASRS-V1.1.
- b. Poursuivre l'utilisation de l'agenda et le cahier de notes.
- c. Remplir le résumé de thérapie.
- d. Remplir la fiche de prévention de rechute (déterminer les situations susceptibles d'entraîner un risque de rechute, évaluer les symptômes suggérant une rechute et revenir sur les outils présentés lors du suivi).

Terminaison

1. Suivi.
2. Retour sur l'utilisation de l'agenda et le cahier de notes.
3. Revenir sur les résultats aux questionnaires. Étant donné que les patients ont tendance à sous-estimer les améliorations réalisées dans le suivi, il est recommandé de comparer les récents résultats aux questionnaires à ceux obtenus en début de suivi afin d'identifier les progrès réalisés au cours de la thérapie. Identifier également les difficultés qui persistent ainsi que des stratégies ou des ressources qui pourront être employées dans le futur.
4. Revoir le résumé de thérapie complété par le patient à la maison, ce qui permet de relever les stratégies les ayant été le plus efficace.
5. Revoir la fiche de prévention de rechute complétée par le patient à la maison.
6. Aborder les craintes du patient quant à la fin du suivi et planifier des séances de consolidation.

Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement

7.1 ASRS-V1.1

Échelle d'autoévaluation du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/ASRS_FR.pdf

7.2 Weiss WRS-II

Inventaire des symptômes du TDA/H et d'autres troubles psychiatriques
https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/WSRII-F_FRJuly-11-2022-1.pdf

7.3 WFIRS-S WEISS

Échelle d'auto-évaluation des déficits fonctionnels de Weiss dans différentes sphères de la vie
https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/WFIRS-S_FR.pdf

7.4 WFIRS-P WEISS

Échelle d'évaluation des déficits fonctionnels de Weiss dans différentes sphères de la vie
https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/WFIRS-P_FR.pdf

7.5 JDQ

Questionnaire sur la conduite automobile de Jérôme
https://www.caddra.ca/cms4/pdfs/fr_caddraGuidelines2011JDQ.pdf

7.1 ASRS-V1.1

ADULT ADHD SELF-REPORT SCALE (ASRS-V1.1) SYMPTOM CHECKLIST

(version française - non validée)

Nom du patient:

Date:

<p>Veillez répondre aux questions ci-dessous en évaluant vous-même chaque item, en utilisant l'échelle au côté droit de la page. Pour répondre à chaque question, inscrivez un X dans la colonne qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et la manière dont vous vous êtes conduit et à quelle fréquence au cours des 6 derniers mois. Remettez l'échelle d'auto- appréciation dûment remplie à votre professionnel de la santé pour en discuter avec lui lors du rendez-vous.</p>					
	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Très Souvent
PARTIE A					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?					
Lorsque vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur?					
PARTIE B					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des fautes d'étourderie lorsque vous travaillez à un projet ennuyeux ou difficile?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer sur les propos de votre interlocuteur, même s'il s'adresse directement à vous?					
À la maison ou au travail, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'égarer des choses ou d'avoir des difficultés à les retrouver?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être distrait par l'activité ou le bruit autour de vous?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter votre siège pendant des réunions ou d'autres situations où vous devriez rester assis?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous tenir tranquille?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous détendre et à vous reposer dans vos temps libres?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler de façon excessive à l'occasion de rencontres sociales?					
Pendant une conversation, à quelle fréquence vous arrive-t-il de terminer les phrases de vos interlocuteurs avant que ces derniers aient le temps de les finir?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à attendre votre tour lorsque vous devriez le faire?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'interrompre les gens lorsqu'ils sont occupés?					

© World Health Organization 2003 Tous droits réservés. Basé sur le Composite International Diagnostic Interview © 2001 World Health Organization. Tous droits réservés. Utilisation seulement avec permission. Pour toute reproduction ou traduction, pour fins de distribution commerciale ou non, il faut obtenir préalablement l'autorisation de l'auteur. Veuillez communiquer avec le professeur Ronald Kessler, PhD, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, (télécopieur: +011 617-432-3588; courriel: ronkadm@hcp.med.harvard.edu).

7.2 WRS-II

WEISS SYMPTOM RECORD II

PATIENT : _____

RÉPONDANT : _____

DATE: _____

Ce formulaire contient une liste de problèmes/difficultés. Certaines questions peuvent ne pas s'appliquer à votre situation. Veuillez indiquer vos réponses en utilisant les niveaux suivants :

- **Aucun** : Pas un problème ou inquiétude. Les difficultés présentes sont appropriées pour l'âge.
- **Parfois** : Quelques difficultés, à l'occasion
- **Moyennement** : C'est un problème significatif
- **Beaucoup** : C'est un problème très important
- **N/A** : Non applicable. Cochez cette colonne si l'énoncé n'est pas un problème ou n'est pas pertinent pour vous.

Problème/difficulté avec :	Aucun (0)	Parfois (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A
INATTENTION SCORE MOYEN _____					
Porter attention aux détails ou commettre des erreurs d'inattention					
Garder son attention ou rester attentif					
Écouter ou avoir l'esprit qui semble ailleurs					
Suivre les instructions ou terminer la tâche					
S'organiser (ex. : temps, échéanciers, être à l'ordre)					
Éviter de faire ou détester les tâches nécessitant un effort mental soutenu					
Perdre ou égarer des choses					
Être facilement distrait					
Avoir tendance à oublier dans la vie de tous les jours (ex. : tâches, paiement de factures, rendez-vous)					
HYPERACTIVITÉ ET IMPULSIVITÉ SCORE MOYEN _____					
S'agiter ou bouger sur son siège					
Avoir de la difficulté à rester en place ou assis					
Être agité ou ressentir de la boueotte					
Être bruyant ou avoir de la difficulté à rester silencieux					
Être toujours en action ou comme « poussé par un moteur »					
Trop parler					
Parler impulsivement					
Avoir de la difficulté à attendre son tour					
Avoir tendance à interrompre ou à déranger les autres					
OPPOSITION SCORE MOYEN _____					
Perdre le contrôle de ses humeurs					
Être susceptible					
Être colérique et rancunier					
Argumenter avec les autres					
Être défiant ou refuser de suivre les consignes					
Embêter les autres délibérément					
Blâmer les autres plutôt que soi-même					
Être méchant ou chercher à se venger					

WEISS SYMPTOM RECORD II

Problème/difficulté avec :	Aucun (0)	Parfois (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A
DÉVELOPPEMENT ET APPRENTISSAGE SCORE MOYEN _____					
Présenter de l'incontinence urinaire (après l'âge de 5 ans)					
Présenter de l'incontinence fécale (après l'âge de 4 ans)					
Lecture					
Orthographe					
Mathématiques					
Écriture					
SPECTRE AUTISTIQUE SCORE MOYEN _____					
Présenter des problèmes de communication avec les autres					
Avoir de la difficulté à maintenir le contact visuel ou utiliser un langage corporel étrange					
Parler étrangement (voix monotone, mots étranges)					
Présenter des idées fixes intenses, ou des champs d'intérêt limités					
Exhiber un maniérisme moteur répétitif (claquement des mains/bras, tourner sur soi-même)					
Éprouver des difficultés à avoir des conversations avec les autres					
TROUBLES MOTEURS SCORE MOYEN _____					
Émettre des bruits répétitifs (reniflements, dégagement de gorge)					
Faire des mouvements répétitifs (cligner des yeux, hausser les épaules)					
Être maladroit					
PSYCHOSE SCORE MOYEN _____					
Entendre des voix qui ne sont pas là					
Voir des choses qui ne sont pas là					
Avoir des idées qui s'entremêlent de façon illogique					
Présenter de la paranoïa (impression que les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal)					
DÉPRESSION SCORE MOYEN _____					
Se sentir triste ou dépressif une grande partie de la journée					
Présenter de la démotivation ou peu de plaisir une grande partie de la journée					
Avoir une perte ou un gain de poids, ou un changement dans son appétit					
Avoir de la difficulté à dormir ou trop dormir					
Ressentir de l'agitation ou être agité					
Être léthargique					
Se sentir sans valeur					
Être fatigué, sans énergie					
Être sans espoir, pessimiste					
S'isoler ou se retirer (de ses intérêts ou des autres)					
Être moins concentré					

WEISS SYMPTOM RECORD II

Problème/difficulté avec :	Aucun (0)	Parfois (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A
RÉGULATION DE L'HUMEUR SCORE MOYEN _____					
Présenter des périodes distinctes d'excitation intense					
Présenter des périodes distinctes d'augmentation soudaine de l'estime de soi, des idées de grandeur					
Présenter des périodes distinctes d'augmentation d'énergie					
Présenter des périodes distinctes de diminution du besoin de sommeil					
Présenter des périodes distinctes de pensées ou de langage rapides					
Avoir une irritabilité inhabituelle					
Présenter des attaques de rage, de colère ou d'hostilité					
SUICIDE SCORE MOYEN _____					
Avoir des idées suicidaires					
Avoir fait une/des tentative(s) de suicide ou un plan suicidaire					
ANXIÉTÉ SCORE MOYEN _____					
Avoir des peurs intenses (hauteur, foules, araignées)					
Présenter une peur des situations sociales ou de parler en public					
Éprouver des attaques de panique					
Avoir peur de quitter la maison ou du transport en commun					
Être inquiet et/ou anxieux la plupart du temps					
Être nerveux, avoir de la difficulté à se détendre					
Avoir des pensées obsessionnelles (microbes, perfectionniste)					
Présenter des rituels compulsifs (laver ses mains, vérifier si porte fermée)					
Ronger ses ongles, tirer ses cheveux ou gratter sa peau					
Se plaindre de douleurs physiques					
Souffrir de douleur chronique					
TROUBLES RELIÉS AU STRESS SCORE MOYEN _____					
Avoir vécu un/des abus physique(s)					
Avoir vécu un/des abus sexuel(s)					
Avoir subi de la négligence					
Avoir vécu d'autres traumatismes graves					
TSPT SCORE MOYEN _____					
Présenter des flash-back ou des cauchemars					
Éviter					
Avoir des pensées intrusives d'événements traumatiques					
SOMMEIL SCORE MOYEN _____					
Avoir de la difficulté à s'endormir ou à rester endormi					
Présenter de la somnolence excessive pendant la journée					
Ronfler ou avoir de la difficulté à respirer pendant le sommeil					

WEISS SYMPTOM RECORD II

Problème/difficulté avec :	Aucun (0)	Parfois (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A
ALIMENTATION SCORE MOYEN _____					
Avoir une image déformée de son corps					
Avoir un poids inférieur à son poids santé					
Manger par excès (hyperphagie)					
Avoir un poids au-dessus de son poids santé					
Manger peu ou refuser de manger					
CONDUITE SCORE MOYEN _____					
Être agressif verbalement					
Être agressif physiquement					
Avoir utilisé une arme envers quelqu'un (bâton, roche, etc.)					
Être cruel envers les animaux					
Être physiquement cruel envers les personnes					
Avoir volé les biens d'autrui ou fait un vol à l'étalage					
Avoir mis volontairement le feu					
Avoir détruit avec l'intention de causer des dommages					
Mentir fréquemment					
Présenter une absence ou un manque de remords ou de culpabilité					
Présenter une absence ou un manque d'empathie					
ABUS DE SUBSTANCES SCORE MOYEN _____					
Avoir fait un usage détourné de médicaments sous ordonnance					
Consommer de l'alcool > 14 verres/semaine ou 4 verres à la fois					
Fumer la cigarette ou autre usage de tabac					
Prendre de la marijuana					
Prendre d'autres drogues de rue					
Avoir fait ou faire abus de médicaments vendus sans ordonnance					
Avoir fait ou faire abus de caféine (boissons gazeuses, café, thé, pilules)					
DÉPENDANCES SCORE MOYEN _____					
Avoir des problèmes de jeu de hasard					
Faire un usage abusif d'Internet, de jeux vidéo ou de temps d'écran					
Avoir eu ou avoir d'autres dépendances _____					

WEISS SYMPTOM RECORD II

Problème/difficulté avec :	Aucun (0)	Parfois (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A
PERSONNALITÉ SCORE MOYEN _____					
Présenter un comportement autodestructeur					
Éprouver des difficultés à maintenir des relations interpersonnelles					
S'infirmer des blessures (ex. : se couper)					
Avoir une faible estime de soi					
Être manipulateur					
Être centré sur soi-même					
Avoir des comportements arrogants					
Être méfiant					
Être trompeur avec absence de remords					
Avoir un comportement antisocial ou un non-respect des lois					
Avoir tendance à être solitaire					
AUTRES (veuillez indiquer toute autre difficulté) SCORE MOYEN _____					

SCORE MOYEN

(les énoncés N/A ne sont pas inclus dans le calcul)

INATTENTION		ANXIÉTÉ	
HYPERACTIVITÉ ET IMPULSIVITÉ		TROUBLES RELIÉS AU STRESS	
OPPOSITION		TSPT	
DÉVELOPPEMENT ET APPRENTISSAGE		SOMMEIL	
SPECTRE AUTISTIQUE		ALIMENTATION	
TROUBLES MOTEURS		CONDUITE	
PSYCHOSE		ABUS DE SUBSTANCES	
DÉPRESSION		DÉPENDANCES	
RÉGULATION DE L'HUMEUR		PERSONNALITÉ	
SUICIDE		AUTRES	

*Calculé à partir de _____ questions répondues

L'échelle est la propriété de Margaret Danielle Weiss, M.D., Ph. D. L'échelle peut être utilisée sans frais par les cliniciens et les chercheurs, affichée sur Internet ou reproduite au besoin. Veuillez communiquer avec Dre Weiss à margaret.weiss@icloud.com si vous désirez afficher l'échelle sur Internet, l'utiliser dans une recherche ou si vous voulez la traduire.

7.3 WFIRS-S WEISS

WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE – SELF REPORT (WFIRS-S)

(version française – non validée)

Nom: _____ Date: _____ Date de naissance: _____

Travail: _____ Temps plein _____ Temps partiel _____ Autre: _____

Études: _____ Temps plein _____ Temps partiel _____

Encerclez le chiffre de l'énoncé qui décrit le mieux les effets de vos troubles émotionnels ou de comportement sur chaque item pendant le dernier mois.

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	Non
A	FAMILLE					
1	Nuisent aux relations avec les membres de votre famille					
2	Causent des problèmes dans votre couple					
3	Font que vous comptiez sur les autres afin qu'ils fassent des choses à votre place					
4	Causent des querelles familiales					
5	Empêchant la famille de s'amuser ensemble					
6	Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille					
7	Causent des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille					
8	Empêchent de rester calme ou d'éviter de vous fâcher					
B	TRAVAIL					
1	Difficulté à effectuer ce qui est demandé					
2	Rendement de travail affecté					
3	Problèmes avec votre supérieur(e)					
4	Difficulté à maintenir un emploi					
5	Congédiement ou perte d'emploi					
6	Difficulté à travailler en groupe					
7	Manque du travail, absentéisme					
8	Arrive en retard, retardataire					
9	Difficulté à entreprendre de nouvelles tâches					
10	Difficulté à atteindre votre plein potentiel					
11	Faibles évaluations de rendement					
C	ÉCOLE					
1	Difficulté à prendre des notes					
2	Difficulté à compléter vos devoirs ou projets					
3	Difficulté à effectuer adéquatement vos travaux					
4	Problèmes avec votre enseignant(e)					
5	Problèmes avec le personnel administratif					
6	Difficulté à maintenir le minimum des pré-requis scolaires					
7	Ne se présente pas à ses cours, absentéisme					
8	Arrive en retard, retardataire					
9	Difficulté à atteindre votre plein potentiel					
10	Résultats scolaires instables					
D	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéo					
2	Problèmes d'hygiène personnelle					
3	Difficulté à se préparer à temps pour quitter la maison le matin					
4	Difficulté à se préparer au coucher					
5	Problèmes de nutrition					
6	Problèmes sexuels					
7	Troubles du sommeil					

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
8	Accident ou blessure					
9	Inactivité physique					
10	Difficulté à respecter rendez-vous réguliers chez le médecin ou le dentiste					
11	Difficulté avec les tâches ménagères					
12	Difficulté à gérer vos finances					
E	CONCEPT DE SOI					
1	Mauvaise perception de vous-mêmes					
2	Frustré(e) face à vous-même					
3	Sentiment de découragement					
4	Insatisfait(e) de votre vie					
5	Impression d'être incompétent(e)					
F	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1	Vous argumentez avec les autres					
2	Difficulté de coopérer avec les autres					
3	Difficulté à vous entendre avec les autres					
4	Difficulté à vous amuser/avoir du plaisir avec les autres					
5	Difficulté à avoir des activités de loisirs					
6	Difficulté à vous faire de nouveaux amis					
7	Difficulté à maintenir vos relations d'amitié					
8	Vous tenez des propos inappropriés					
9	Plaintes des voisins					
G	COMPORTEMENTS À RISQUE					
1	Conduite automobile agressive					
2	Faire autre chose tout en conduisant					
3	Rages au volant					
4	Détruire ou endommager des biens					
5	Poser des gestes illicites					
6	Ennuis avec la police					
7	Cigarette					
8	Marijuana					
9	Consommation d'alcool					
10	Consommation de drogues illicites					
11	Relations sexuelles non protégées (condom, pilule contraceptive)					
12	Comportement sexuel inapproprié					
13	Être agressif(ve) physiquement					
14	Être agressif(ve) verbalement					

Nombre d'énoncés notés 2 ou 3

A	Famille			/
B	Travail			/
C	École			/
D	Aptitudes à la vie quotidienne			/
E	Concept de soi			/
F	Fonctionnement social			/
G	Comportements à risque			/
	Total			/

Pointage total

A	Famille			/
B	Travail			/
C	École			/
D	Aptitudes à la vie quotidienne			/
E	Concept de soi			/
F	Fonctionnement social			/
G	Comportements à risque			/
	Total			/

Pointage moyen (NIA Articles non inclus au total)

A	Famille	
B	Travail	
C	École	
D	Aptitudes à la vie quotidienne	
E	Concept de soi	
F	Fonctionnement social	
G	Comportements à risque	
	Total	

© Cette échelle est la propriété de Margaret Danielle Weiss, MD, Ph.D. L'échelle peut être utilisée sans frais par les cliniciens et les chercheurs, affichées sur l'internet ou reproduites selon le besoin. L'échelle ne peut pas être modifiée. Pour toute traduction, il faut obtenir préalablement l'autorisation de l'auteur. Veuillez communiquer avec Dre Weiss à margaret.weiss@icloud.com si vous désirez afficher l'échelle sur l'internet, l'utiliser dans une recherche ou si vous voulez la traduire.

7.4 WFIRS-P WEISS



Nom du patient:

Date de naissance:

No de dossier:

Nom du médecin:

Date:

WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE – PARENT SCALE (WFIRS-P) (version française - non validée)

Votre nom: _____ Type de lien avec l'enfant: _____

Encercler le chiffre de l'énoncé qui décrit le mieux les effets des troubles émotionnels ou de comportement de votre enfant sur chaque item pendant le dernier mois.

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
A	FAMILLE					
1	Nuisent aux relations avec ses frères et sœurs	0	1	2	3	n/a
2	Caused des problèmes dans notre couple	0	1	2	3	n/a
3	Réduisent le temps que la famille peut consacrer au travail ou aux activités	0	1	2	3	n/a
4	Caused des querelles familiales	0	1	2	3	n/a
5	Isolent la famille des amis et nuisent aux activités sociales	0	1	2	3	n/a
6	Empêchent la famille de s'amuser ensemble	0	1	2	3	n/a
7	Rendent le rôle de parent plus difficile	0	1	2	3	n/a
8	Empêchent de donner autant d'attention à tous les membres de la famille	0	1	2	3	n/a
9	Déclenchent des coups ou des cris à son endroit	0	1	2	3	n/a
10	Entraînent des dépenses additionnelles	0	1	2	3	n/a
B	ÉCOLE					
	Apprentissage					
1	Caused des retards dans les devoirs et les leçons	0	1	2	3	n/a
2	Augmentent le besoin d'assistance à l'école	0	1	2	3	n/a
3	Obligent à obtenir de l'aide pour les études (tutorat)	0	1	2	3	n/a
4	A des notes inférieures à son potentiel	0	1	2	3	n/a
	Comportement					
1	Caused des problèmes pour l'enseignant(e) en classe	0	1	2	3	n/a
2	Doit être mis à l'écart ou retiré de la classe	0	1	2	3	n/a
3	Présente des problèmes dans la cours d'école	0	1	2	3	n/a
4	A des retenués pendant ou après les classes	0	1	2	3	n/a
5	A été suspendu ou expulsé de l'école	0	1	2	3	n/a
6	S'absente de ses cours ou arrive en retard	0	1	2	3	n/a
C	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéos	0	1	2	3	n/a
2	Problèmes d'hygiène personnelle (se laver, se brosser les dents, se peigner, prendre un bain, etc.)	0	1	2	3	n/a
3	Difficulté à se préparer à temps pour l'école	0	1	2	3	n/a
4	Difficulté à se préparer au coucher	0	1	2	3	n/a

115

		Jamais ou pas du tout	Quelquefois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
5	Problèmes de nutrition (enfant capricieux ou adepte de la malbouffe)	0	1	2	3	n/a
6	Troubles du sommeil	0	1	2	3	n/a
7	Accident ou blessure	0	1	2	3	n/a
8	Inactivité physique	0	1	2	3	n/a
9	Besoin plus grand de soins médicaux	0	1	2	3	n/a
10	Difficulté à prendre des médicaments, à recevoir des injections ou à aller chez le médecin ou le dentiste	0	1	2	3	n/a
D	CONCEPT DE SOI (ENFANT)					
1	A une mauvaise perception de lui-même (d'elle-même)	0	1	2	3	n/a
2	N'éprouve pas assez de plaisir dans la vie	0	1	2	3	n/a
3	Est insatisfait(e) de sa vie	0	1	2	3	n/a
E	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1	Est ridiculisé(e) ou rudoyé(e) par d'autres enfants	0	1	2	3	n/a
2	Ridiculise ou rudoye d'autres enfants	0	1	2	3	n/a
3	Ne s'entend pas bien avec les autres	0	1	2	3	n/a
4	A de la difficulté à participer aux activités parascolaires (sports, musique, clubs)	0	1	2	3	n/a
5	A de la difficulté à se faire de nouveaux amis	0	1	2	3	n/a
6	A de la difficulté à conserver ses amis	0	1	2	3	n/a
7	A des difficultés reliées aux fêtes d'enfant (elle/il n'est pas invité; elle/il refuse d'y assister; elle/il se conduit mal)	0	1	2	3	n/a
F	COMPORTEMENTS À RISQUE					
1	Se laisse facilement influencer par ses camarades	0	1	2	3	n/a
2	Détruit ou endommage des objets	0	1	2	3	n/a
3	Pose des gestes illicites	0	1	2	3	n/a
4	A des ennuis avec la police	0	1	2	3	n/a
5	Fume la cigarette	0	1	2	3	n/a
6	Consomme des drogues illicites	0	1	2	3	n/a
7	A des comportements dangereux	0	1	2	3	n/a
8	Agresse autrui	0	1	2	3	n/a
9	Tient des propos blessants ou inappropriés	0	1	2	3	n/a
10	A un comportement sexuel inapproprié	0	1	2	3	n/a

Cotation:

- Le nombre total d'items identifiés 2 ou 3
OU
- Points totaux
OU
- Points moyens

RÉSERVÉ À L'EXAMINATEUR

- A. Famille
B. École (apprentissage et comportement)
C. Aptitudes à la vie quotidienne
D. Concept de soi (Enfant)
E. Fonctionnement social
F. Comportements à risque

Total

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.

7.5 JDQ

QUESTIONNAIRE SUR LA CONDUITE AUTOMOBILE DE JEROME (JDQ) 2010©

À être complété par le conducteur

Nom du conducteur: _____

Date de naissance: _____ Complété le: _____

Inscrire tous médicaments pris et leur dosage respectif incluant les médicaments sans prescription avec dose en mg si connue:

1.	2.
3.	4.
5.	6.

ANTÉCÉDENTS DE CONDUITE AUTOMOBILE - PARTIE A

Directives: Cette partie doit être complétée par le conducteur. Évaluer votre conduite automobile passée et actuelle à l'aide de questions suivantes.

1. À quel âge avez-vous obtenu votre permis de conduire? _____ années _____ mois
2. Combien de fois cela vous a pris pour obtenir votre permis de conduire? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ou plus
3. Depuis combien de temps conduisez-vous? _____ années
4. En moyenne, combien de temps conduisez-vous par jour? ☐ <1 heure ☐ 1-2 heures ☐ >2 heures
- 5a. Estimer les kilomètres/milles conduits en ville au cours du dernier mois _____ km
- 5b. Estimer les kilomètres/milles conduits sur l'autoroute au cours du dernier mois _____ km
- 6a. Combien de fois avez-vous été impliqué dans des accidents comme passager? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ou plus
- 6b. Combien de fois avez-vous été impliqué dans des accidents comme conducteur? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ou plus
7. Depuis que vous conduisez, combien de fois avez-vous été déclaré responsable d'un accident? _____
- 8a. Depuis que vous conduisez, combien de fois votre permis de conduire a-t-il été révoqué ou suspendu? _____
- 8b. Combien de fois avez-vous conduit alors que votre permis était suspendu? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ou plus
9. Avez-vous déjà fait des balades en voiture (joy riding)?

☐ Comme conducteur avant l'obtention de votre permis de conduire?
☐ Comme passager alors que le conducteur était sous l'effet de l'alcool et/ou de drogue?

☐ Comme passager avec un conducteur qui n'avait pas de permis valide?
☐ Comme conducteur sous l'effet de l'alcool et/ou de drogue?
10. Combien de contraventions de stationnement avez-vous reçues depuis que vous conduisez? _____
11. Combien de contraventions pour excès de vitesse avez-vous reçues depuis que vous conduisez? _____
12. Combien de contraventions pour manquement d'effectuer un arrêt ou de respecter un panneau de signalisation avez-vous reçues depuis que vous conduisez? _____
13. Combien de contraventions pour conduite dangereuse avez-vous reçues depuis que vous conduisez? _____
14. Depuis que vous conduisez, combien de fois avez-vous heurté un piéton ou un cycliste en conduisant? _____
15. Combien de contraventions pour conduite en état d'ébriété avez-vous reçues depuis que vous conduisez? _____
16. Vos primes d'assurance-automobile ont-elles augmenté dû à vos problèmes de conduite automobile? ☐ Oui ☐ Non
17. Vous a-t-on refusé de l'assurance-automobile en raison de vos problèmes de conduite automobile? ☐ Oui ☐ Non

ANTÉCÉDENTS DE CONDUITE AUTOMOBILE - PARTIE B

Ce formulaire peut être complété par vous, un ami ou un être proche qui a observé votre conduite automobile.

Complété le: _____ Complété par: _____

Directives

Les questions suivantes concernent vos habitudes de conduite au cours du dernier mois. Essayer de répondre à toutes les questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Indiquer par un "X" sur la barre horizontale les comportements vécus lors de votre conduite durant le dernier mois (a) en ville ou (b) sur l'autoroute.

Encercler les réponses applicables aux deux questions suivantes :

Au cours du dernier mois, avez-vous conduit (ou passager) en ville? ☐ Oui ☐ Non

Au cours du dernier mois, avez-vous conduit (ou passager) sur l'autoroute? ☐ Oui ☐ Non

Depuis que vous avez complété ce questionnaire, avez-vous eu des infractions routières telles que des excès de vitesse, des contraventions de stationnement ou des collisions? ☐ Oui ☐ Non

Infractions routières: ☐ Oui ☐ Non

Collision(s): ☐ Oui ☐ Non

		aucune frustration	un peu de frustration	frustré	très frustré	extrêmement frustré
1. Frustration:	a. ville					
	b. autoroute					
2. Pris de risque:	a. ville					
	b. autoroute					
3. Montrer sa colère verbalement ou physiquement aux autres conducteurs:	a. ville					
	b. autoroute					
4. Anxiété	a. ville					
	b. autoroute					
5. Excès de vitesse:	a. ville					
	b. autoroute					
6. Moments de panique:	a. ville					
	b. autoroute					
7. Concentration sur la route:	a. ville					
	b. autoroute					
8. Attentif aux changements soudains des conditions routières:	a. ville					
	b. autoroute					
9. Réverie	a. ville					
	b. autoroute					
10. Somnolence	a. ville					
	b. autoroute					
11. Anticiper les dangers potentiels en provenance d'autres voitures ou des piétons:	a. ville					
	b. autoroute					

Il est possible que vos réponses diffèrent lors de présence de passagers. Si tel est le cas, faites-nous en faire part ici:

Avertissement d'exonération: Ce formulaire est destiné à fournir des données subjectives supplémentaires sur le style de conduite automobile ainsi qu'un historique des antécédents de conduite automobile rempli par le patient. Il ne remplace pas l'opinion clinique. Il n'est pas en lui-même un indicateur du niveau de sécurité de conduite automobile ni du risque de conduite d'un véhicule à moteur; il ne faut pas l'utiliser comme seul outil pour prendre des décisions concernant la capacité d'un patient à conduire en toute sécurité.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R., Dupaul, G.I., & Bush, T. (2002). Driving in Young Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Knowledge, Performance, Adverse Outcomes and The Role of Executive Functions, *Journal of the International Neuropsychological Society*, *(5), p. 655-672.
- Barkley, R.A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 4e éd., New York, Guilford Press.
- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D., & Zenitidis, K. (2009). Evaluation of Group Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(5), pp. 434-441.
- Brown, T.E. (2009). *ADHD Comorbidities, Handbook for ADHD Complications in Children and Adults*. American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- CADDRA - Canadian ADHD Ressource Alliance. (2018). *Lignes directrices canadiennes pour le TDA/H*, 4^e édition, Toronto (Ontario): CADDRA.
- Chaloult, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*: Gaëtan Morin Éditeur.
- Chandler, M. L. (2013). Psychotherapy for Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder : a Comparison With Cognitive Behaviour Therapy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), pp. 814-820.
- Emilsson, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, J.F., Baldursson, G., Einarsson, E., Olafsdottir, H., Young, S. (2011). Cognitive Behaviour Therapy in Medication-Treated Adults with ADHD and Persistent Symptoms: a Randomized Controlled Trial. *BMC Psychiatry*, July 25;11:116.
- Faraone, S. V. & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*.

- Fayyad, J., Sampson, N.A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaziola, S., Al-Hamzawi, A. et coll. (2017). The Descriptive Epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in The World Health Organization World Mental Health Surveys. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), pp. 47-65.
- Gignac, M., Morissette, L., & Vincent, A. (2016). Déficit de l'attention avec/sans hyperactivité, comportements perturbateurs et tics. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie Clinique. Approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., Tome II, pp. 1302-1330). Montréal (Québec): Chenelière Éducation.
- Gignac, M., Rochon, M., Shamlan, N. & Vincent, A. (2016). Potentialisateurs cognitifs, psychostimulants et non-stimulant. Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie Clinique. Approche bio-psycho-sociale* (4^e éd., Tome II, pp. 1511-1534). Montréal (Québec): Chenelière Éducation.
- Gu, Y., Xu G., Zhu, Y. (2018). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for College Students With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 22(4), p. 388–399.
- Janssen, T.W., Bink, M., Geladé, K., Mourik, R.V., Maras, A. & Oosterlaan, J. (2016). A randomized controlled trial investigating the effects of neurofeedback, methylphenidate, and physical activity on event-related potentials in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(4), pp. 344-353.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O., Faraone, S.V. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*. 163(4), pp.716–723.
- Lafleur, M., Peletier, M.-F., Vincent, M.-F., & Vincent, A. (2010). *La maîtrise du TDAH chez l'adulte. Un programme de thérapie cognitive-comportementale. Guide du thérapeute.* (Adaptation française du livre de Safren, A.A., Perlman, C.A., Sprich, S., & Otto, M.W. Mastering Your Adult ADHD : A Cognitive-Behavioral Treatment Program : Therapist Guide) Québec (Québec) : Institut universitaire en santé mentale de Québec.
- Lafleur, M., Peletier, M.-F., Vincent, M.-F., & Vincent, A. (2010). *La maîtrise du TDAH chez l'adulte. Un programme de thérapie cognitive-comportementale. Manuel du client.* (Adaptation française du livre de Safren, A.A., Perlman, C.A., Sprich, S., & Otto, M.W. *Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte*

Mastering Your Adult ADHD : A Cognitive-Behavioral Treatment Program : Client Workbook) Québec (Québec) : Institut universitaire en santé mentale de Québec.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Olagunju, A.E. & Ghoddusi, F. (2024). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *American Family Physician*, 110(2), pp. 157-166.

Pettersson, R., Söderström, S., Edlund-Söderström, K., Nilsson, K. (2017). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD in Outpatient Psychiatric Care. *Journal of Attention Disorder*, 21(6), pp. 508–521.

Pliszka, S. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), pp. 894-921.

Polanczyk, G., Willcutt, E., Salum, G., Kieling, C., & Rohde, L. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), pp. 434-422.

Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), pp. 942-948.

Post, R.E. & Kurlansik, S.L. (2012). Diagnosis and management of Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *American Family Physician*, 85(9), pp. 890-896.

Young, S., Ross, R.R. (2007). *R&R2 for ADHD Youths and Adults : a Prosocial Competence Training Program*. Cognitive Center of Canada. Ottawa.

Safren, S.A., Otto, M. W., Sprinch, S., Winett, C.L., Wilens, T.E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 43(7), pp. 831-842.

Safren, S.A. (2006). Cognitive-behavioral Approaches to ADHD Treatment in Adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), pp. 46-50.

- Shaw, P., Gogtay, N. & Rapoport, J. (2010). Childhood Psychiatric Disorders as Anomalies in Neurodevelopmental Trajectories. *Human Brain Mapping*, 31(6), pp. 917-925.
- Schoenberg, P.L., Hepark, S., Kan, C.C., Barendregt, H.P., Buitelaar, J.K., Speckens, A.E. (2014). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Neurophysiological Correlates of Performance Monitoring in Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Neurophysiology*, 125(7), pp. 1407–1416.
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J.M.J., Kofman, M.D. (2010). Efficacy of Meta-Cognitive Therapy for Adult ADHD. *American Journal of Psychiatry*. 167 (8), p. 958–968.
- Sprinch, S.E., Knouse, L.E., Cooper-Vince, C., Burbridge, J. & Safren, S.A. (2010). Description and Demonstration of CBT for ADHD in Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), pp. 9-15.
- Wilens, T.E. Spencer, T.J, & Biederman, J. (2002). A Review of the Pharmacotherapy of Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attentional Disorders*, 5, pp. 189-202.