



Lignes directrices canadiennes sur le TDAH

Troisième édition

Avis de droits d'auteur et utilisation autorisée des Lignes directrices

Aucun document disponible à www.caddra.ca (les "documents") ne peut être copié, reproduit, republié, téléchargé, affiché, transmis ou distribué de quelque manière que ce soit en partie ou en totalité, à moins que:

(a) vous téléchargiez une copie des documents présents sur un seul ordinateur pour votre usage personnel ou votre pratique médicale, pourvu que vous gardiez intacts tous les droits d'auteur et autres avis de propriété. Lorsqu'indiqués, "les outils et les documents pour les patients" spécifiques, développés pour les médecins et autres professionnels de la santé pour utilisation clinique dans leur pratique, peuvent être reproduits par les professionnels de la santé ou sur les conseils de professionnels de la santé;

(b) vous donnez une présentation en utilisant les documents, tant et aussi longtemps que: (i) le but de la présentation ou la distribution des documents concerne l'éducation du public, (ii) que vous gardiez intacts tous les droits d'auteur et autres avis de propriété inclus dans ces documents, et (iii) la présentation ou la distribution des documents est entièrement non-commerciale et que vous ou votre organisation ne recevez aucune rémunération monétaire. S'il devait y avoir une compensation monétaire, vous devez donner un préavis écrit à CADDRA d'au moins dix (10) jours ouvrables avant la présentation afin d'obtenir l'autorisation écrite de CADDRA.

Toute modification ou utilisation des documents à toute autre fin, **sans le consentement préalable et écrit de CADDRA**, est une violation des droits d'auteur et autres droits de propriété de CADDRA.

Informations concernant CADDRA

Les informations pour contacter la Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA) et celles concernant la commande d'exemplaires imprimés des lignes de pratiques canadiennes en TDAH sont disponibles sur le site de la CADDRA: www.caddra.ca

Citation des lignes de pratiques

La citation correcte pour ce document est la suivante: Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance (CADDRA): Lignes directrices canadiennes pour le TDAH, troisième édition, Toronto, ON; CADDRA 2011.

Édition anglaise

Ce document est aussi disponible en anglais sous le titre suivant: Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition, Toronto ON; CADDRA, 2011.

Commentaire

Pour tout commentaire ou suggestion, nous vous prions de nous en faire part par le formulaire de commentaires sur notre site Web (www.caddra.ca) ou par courriel au: feedback@caddra.ca.

Responsabilités

Bien que toutes les précautions aient été prises pour garantir l'exactitude des informations contenues dans ce document, le comité des Lignes directrices consensuelles (LDC), l'éditeur, l'imprimeur et tous ceux qui ont collaboré à la préparation de ce document n'assument aucune responsabilité en cas d'erreurs, d'omissions ou de préjudices, quels qu'ils soient, découlant de l'utilisation de cette information. Ce document n'ayant pas pour but de remplacer d'autres renseignements thérapeutiques, nous recommandons aux médecins de consulter la documentation des fabricants et tous les documents existants pertinents avant de prescrire des médicaments.

À noter

Les Lignes directrices canadiennes sur le TDAH de CADDRA (LDC) est une publication interactive qui est révisée en ligne dès que de nouvelles informations sont disponibles. Le site de CADDRA (www.caddra.ca) aura toujours la dernière version des Lignes directrices disponible pour être téléchargée et imprimée gratuitement, et toutes mises à jour seront transmises aux membres de CADDRA. Des documents supplémentaires seront aussi accessibles en ligne.

ISBN: 978-0-9738168-3-9

© 2010 Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA)

TABLE DES MATIÈRES

LDC Relations déclarées du Comité	ii
LDC Consultants du Comité et de la rédaction	iii
Préface et remerciements	iv
CADDRA Principes directeurs	vi
Chapitre 1: Diagnostic et aperçu des rencontres	1.1
Chapitre 2: Diagnostic différentiel et troubles comorbides	2.1
Chapitre 3: Questions spécifiques au traitement du TDAH chez les enfants	3.1
Chapitre 4: Questions spécifiques au traitement du TDAH chez les adolescents	4.1
Chapitre 5: Questions spécifiques au traitement du TDAH chez les adultes	5.1
Chapitre 6: Traitements/Interventions psychosociales	6.1
Documents à l'appui	
A: lettres pour l'école	6.7
B: Thérapie cognitive comportementale	6.9
C: TDAH et la conduite automobile	6.11
Chapitre 7: Traitement pharmacologique du TDAH	7.1
Documents à l'appui	
Tableau des médicaments (en pochette)	
A: Tableaux des médicaments par groupe d'âge	7.9
B: Information spécifique sur les médicaments	7.15
C: Gestion des effets secondaires	7.20
D: Risques cardiovasculaires	7.23
E: Information additionnelle sur les médicaments	7.26

Outils pour enfant/adolescent		Outils pour adulte	
Évaluation et Suivi		Évaluation et Suivi	
Formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH	8.1	Formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH	8.1
Weiss Symptom Record (WSR)*	8.14	Weiss Symptom Record (WSR)*	8.14
Inventaire des symptômes du TDAH	8.20	Inventaire des symptômes du TDAH	8.20
SNAP-IV-26*	8.22	Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)*	8.24
Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report (WFIRS-P)*	8.29	Weiss Functional Impairment Rating Scale – Self Report (WFIRS-S)*	8.26
Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant	8.31	Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report (WFIRS-P)*	8.29
Formulaire CADDRA du médecin pour le suivi du TDAH	8.34	Formulaire CADDRA du médecin pour le suivi du TDAH	8.34
Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique	8.35	Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique	8.39
Documents		Documents	
Informations générales et ressources du TDAH (CADDRA)	8.39	Informations générales et ressources du TDAH (CADDRA)	8.39
Instructions pour l'évaluation de l'enfant (CADDRA)	8.43	Instructions pour l'évaluation de l'adulte (CADDRA)	9.46
Instructions pour l'évaluation de l'adolescent (CADDRA)	8.44		
Instructions aux enseignants (CADDRA)	8.45	* version française – non validée	

Références	9.1
------------------	-----

RELATIONS DÉCLARÉES DU COMITÉ CADDRA

Les membres du Comité directeur des lignes directrices de CADDRA déclarent les relations suivantes:

Dr. Doron Almagor: Conseil consultatif: Janssen-Ortho Inc; Purdue Pharma; Shire BioChem Inc.; Roche; Forrest.

Dr. Lauri Alto: Janssen-Ortho Inc (conférencière invitée, conseil consultatif); Purdue Pharma (conférencière invitée, conseil consultatif).

Dr. Don Duncan: Conférencière invitée, conseil consultatif: Janssen-Ortho Inc; Purdue Pharma; Shire BioChem Inc.

Dr. Geraldine Farrelly: Eli Lilly Canada Inc. (conférencière invitée, conseil consultatif, contrat de recherche); Janssen-Ortho Inc (conférencière invitée, conseil consultatif); Purdue Pharma (conseil consultatif); Shire BioChem Inc. (conférencière invitée, conseil consultatif).

Dr. Henriette Fortin: Janssen-Ortho Inc (conférencière invitée), Shire BioChem Inc. (conférencière invitée).

Dr. Karen Ghelani: Propriétaire: Chrysalis Centre for Psychological and Counseling Services.

Dr Martin Gignac: Eli Lilly Canada Inc. (conférencier invité, conseil consultatif); Janssen-Ortho Inc (conférencier invité, conseil consultatif); Purdue Pharma (conseil consultatif); Shire BioChem Inc. (conférencier invité, conseil consultatif).

Dr. Ainslie Gray: Propriétaire: Springboard Clinic. Conférencière invitée (Shire BioChem Inc., Janssen-Ortho Inc. Purdue Pharma).

Dr. Andrew Hall: Conférencière invitée, conseil consultatif: AstraZeneca; Bristol-Myers Squibb; Janssen-Ortho Inc; Purdue Pharma; Shire BioChem Inc.

Dr Lily Hechtman: Eli Lilly Canada Inc. (conférencière invitée, conseil consultatif, contrat de recherche); GlaxoSmithKlein (conférencière invitée, conseil consultatif, contrat de recherche); Janssen-Ortho Inc (conférencière invitée, conseil consultatif, contrat de recherche); Purdue Pharma (conférencière invitée, conseil consultatif, contrat de recherche); Shire BioChem Inc. (conférencière invitée, conseil consultatif, contrat de recherche).

Dr. Laurence Jerome: Janssen-Ortho Inc (conférencier invité, conseil consultatif); Shire BioChem Inc. (conférencier invité, conseil consultatif).

Dr. Declan Quinn: Eli Lilly Canada Inc. (conférencier invité, conseil consultatif, contrat de recherche); Janssen-Ortho Inc (conférencier invité, conseil consultatif); Purdue Pharma (conseil consultatif); Shire BioChem Inc. (conférencier invité, conseil consultatif).

Dr. Joseph Sadek: Eli Lilly Canada Inc. (conférencier invité, contrat de recherche); Janssen-Ortho Inc (conférencier invité, contrat de recherche); Purdue Pharma (conférencier invité, contrat de recherche); Shire BioChem Inc. (conférencier invité, contrat de recherche).

Dr. Margaret Weiss: Eli Lilly Canada Inc. (conférencière invitée, conseil consultatif, contrat de recherche); Janssen-Ortho Inc (conférencière invitée, conseil consultatif, contrat de recherche); Purdue Pharma (conférencière invitée, conseil consultatif, contrat de recherche); Shire BioChem Inc. (conférencière invitée, conseil consultatif, contrat de recherche).

CONSULTANTS DU COMITÉ ET DE LA RÉDACTION

Lignes directrices canadiennes sur le TDAH (LDC)

Les Lignes directrices canadiennes sur le TDAH sont dédiées aux enfants, adolescents et adultes atteints de TDAH et à leur famille

Comité de la rédaction – Comité LDC

Président: Declan Quinn MD, FRCPC, Professor, Psychiatry, University of Saskatchewan, Saskatoon, SK

Doron Almagor MD FRCPC, Medical Director, The ADHD Clinic, Toronto, ON

Lauri Alto MD, Pediatrician, Winnipeg, MB

Don Duncan MD, FRCPC, Child and Adolescent Psychiatrist, Kelowna, BC

Geraldine Farrelly MD, FRCPC, DCH, DObst, Clinical Associate Professor, Paediatrics & Psychiatry, University of Calgary, Calgary, AB

Henriette Fortin MD, Pediatrician, Gatineau, QC

Karen Ghelani PhD, CPsych., Psychologist, Chrysalis Psychological and Counselling Services, Markham, ON

Martin Gignac MD, FRCPC, Clinical Assistant Professor, Université de Montréal, Montreal, QC

Ainslie Gray MD, Medical Director, Springboard Clinic, Toronto, ON

Andrew Hall MD, FRCPC, Assistant Professor, University of Manitoba, Winnipeg, MB

Lily Hechtman MD, FRCPC, Professor, Psychiatry & Paediatrics, McGill University, Montreal, QC

Laurence Jerome MB, ChB, MSc, FRCPsych, FRCPC, Adjunct Professor, Psychiatry, The University of Western Ontario, London, ON

Joseph Sadek MD, FRCPC, DABPN, MBA, Assistant Professor, Psychiatry, Dalhousie University, Halifax, NS

Margaret Weiss PhD, MD, FRCPC, Clinical Professor, Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, BC

Réviseurs externes

Thomas E. Brown Ph.D., Associate Director, Yale Clinic for Attention and Related Disorders, Yale University School of Medicine, New Haven, CT

Peter S. Jensen MD, President & CEO, The Reach Institute, NY, Professor of Psychiatry, Mayo Clinic, Rochester, MN

Sarah Shea MD, FRCPC, Associate Professor, Pediatrics, Dalhousie University, Halifax, NS

John Yaremko MD, FRCPC, Assistant Professor, Pediatrics, McGill University, Montreal, Quebec

Avec la collaboration de

Heidi Bernhardt, RN, President and Executive Director, CADDAC (Centre for ADHD Awareness, Canada), Markham, ON

Umesh Jain MD, FRCPC, DABPN, PhD, MEd, Associate Professor, Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON

Diane McIntosh MD, FRCPC, Clinical Assistant Professor, Psychiatry, University of British Columbia, BC

Simon-Pierre Proulx MD, Groupe de médecins de famille, Loretteville, Québec, QC

Derryck Smith MD, FRCPC, Clinical Professor, Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, BC

Annick Vincent MD, FRCPC, Centre Médical l'Hôpital, Clinique FOCUS, Saint-Augustin-de-Desmaures
Clinical Professor, Psychiatry, Laval University, Quebec, QC

Rosemary Tannock, PhD, Professor of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON

Rosalia Yoon, PhD candidate, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, ON (collaboratrice à la section TDAH et les troubles du sommeil, chapitre 2)

Michael Zwiers Ph.D. Psychologist & Manager, Clinical Services et **Krista Forand**, Intake Clinician, Calgary Learning Centre, Calgary, AB (collaborateurs au chapitre 6)

Nos remerciements à tous les cliniciens qui ont participé à cette nouvelle édition des lignes directrices, en particulier les médecins de famille et les pédiatres qui ont fourni leurs commentaires quant à la nouvelle trousse CADDRA d'évaluation du TDAH (CADDRA ADHD Assessment Toolkit).

PRÉFACE ET REMERCIEMENTS

Qui est CADDRA? La Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA) est une association nationale indépendante sans but lucratif dont les membres oeuvrent dans les secteurs de la médecine familiale, de la pédiatrie, de la psychiatrie (enfant, adolescent et adulte), de la psychologie et d'autres professions de la santé. Notre mission est d'offrir du soutien aux personnes souffrant du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et à leur famille, de même que de fournir un appui continu à tout ceux qui, à travers le Canada, procurent des soins aux personnes atteintes de TDAH.

L'évolution de la 3e édition. Cette 3e édition des Lignes directrices canadiennes sur le TDAH de CADDRA (LDC ou lignes directrices) a évolué des éditions antérieures des LDC publiées en 2006¹ et 2008². Les lignes directrices ont été rédigées pour aider les médecins canadiens à diagnostiquer et à traiter le TDAH tout au long de la vie du patient. Plusieurs spécialistes du TDAH et omnipraticiens ont contribué à la rédaction. Le Comité de rédaction est constitué du comité exécutif de CADDRA. Tous les auteurs sont des experts sélectionnés en fonction de leur contribution au traitement, à l'éducation et à la recherche dans le domaine du TDAH et représentent différentes spécialités dans tout le Canada.

Ces lignes directrices sont uniques (même des autres lignes directrices ou outils à travers le monde) en ce qu'elles:

- a) ont été préparées par une équipe multidisciplinaire
- b) ont été traduites en français et en anglais (incluant le matériel supplémentaire sur le site Web)
- c) sont propres à la pratique médicale au Canada
- d) portent sur toute la durée de vie de ce trouble
- e) abordent le diagnostic et le traitement dans les conditions réelles de pratique où les ressources sont limitées
- f) peuvent être téléchargées et photocopiées selon un mode de haute résolution
- g) reconnaissent que le TDAH est un trouble qui exige un traitement faisant appel à un modèle de soins partagés entre spécialistes et médecins généralistes
- h) sont conçues tant pour aborder les soins de première ligne que pour servir de référence aux spécialistes
- i) expriment notre position à savoir que les meilleurs soins proviennent de l'optimisation des soins par une approche individualisée et non selon une approche pharmacologique qui suit un algorithme unique considéré comme approprié pour tous les patients
- j) informent les médecins tout en donnant aux patients des moyens de faire des choix éclairés dans un processus collaboratif de soins.

Caractéristiques de la 3e édition

- a) Les lignes directrices actuelles sont **en ligne et mises à jour régulièrement** dès que de nouvelles informations sont disponibles, en plus d'être imprimables.
- b) Le **format classeur** permettra au médecin de les maintenir à jour suite à chaque révision, de même que faciliter les photocopies. Ce classeur pourra aussi être utilisé pour conserver des informations additionnelles et les bulletins de CADDRA.
- c) Les versions finales ont été envoyées pour un **examen indépendant** à des médecins à travers le Canada et les États-Unis.
- d) Les **auteurs n'ont pas été payés** d'aucune façon pour leur contribution aux LDC. Les déclarations de conflits d'intérêts pour chaque auteur sont divulguées à la page ii.
- e) Les lignes directrices ne reçoivent **aucune subvention financière de l'industrie pharmaceutique**. Les coûts de production sont entièrement assumés par le produit des ventes.
- f) Les échelles d'évaluation élaborées par CADDRA sont gratuites et ont été conçues pour être **faciles à utiliser** afin que l'évaluation du TDAH en soins de première ligne devienne un processus rigoureux et efficace.
- g) Il y a une nouvelle section sur les **traitements psychosociaux**.

- h) La **section sur les médicaments** a été mise à jour.
- i) Elles font partie d'un **programme global d'éducation** pour aider les médecins à atteindre les plus hautes normes de soins cliniques.
- j) Ces lignes directrices sont disponibles sur le site Web de CADDRA, www.caddra.ca.

Ces lignes devraient être utilisées par les médecins pour l'enseignement interactif sur le diagnostic et le traitement du TDAH à tous les âges. Le site permet aux médecins et à leurs patients de télécharger des informations, des outils de diagnostic, des formulaires et diverses échelles - qui ont tous été choisis en fonction de leur validité, leur fiabilité et leur accessibilité. Des références et un index se trouvent à la fin du document.

Données probantes versus données consensuelles. Le Comité des lignes directrices a révisé les autres lignes directrices et énoncés de position sur le TDAH actuellement utilisées. Il y en a plusieurs, dont les *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Guidelines*³, les *American Academy of Pediatrics Guidelines*⁴, le *Texas Children's Medication Algorithm Project*⁵, le *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual – Fourth Edition-Text Revision*⁶, le *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual – Fifth Edition (DSM-5)*²⁴⁶, les *European Treatment Guidelines*⁷, les *National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) Guidelines*⁸ et les *British Association for Psychopharmacology Guidelines*⁹. Bien qu'il existe un haut degré de consensus parmi ces publications, il y a aussi des différences internationales très importantes. La différence la plus évidente se retrouve dans les récentes *NICE Guidelines*⁸, qui recommande un traitement pharmacologique uniquement dans les cas les plus graves, alors que la pratique américaine recommande plutôt le contraire, soit: commencer par les médicaments, puis voir si un autre type de traitement est nécessaire. En outre, l'utilisation de différents outils de diagnostic, tels que la CIM-10 ou le DSM-IV, ont aussi conduit à des différences dans le choix de référence à des lignes directrices particulières. La pratique canadienne est basée sur des soins holistiques, individualisés au patient, avec prise de médicaments dans le cadre du traitement.

Les éditeurs ont pris soin d'identifier les données consensuelles (DC). Cette information est notée dans le texte. Les données probantes (DP) sont citées dans la littérature détaillée dans la section des références. Les données consensuelles (DC) ont été élaborées, comme leur nom l'indique, par un consensus d'experts au sein du Comité des LDC après examen attentif et rigoureux des données disponibles. Les décisions relatives aux DC ont été prises lorsqu'il manquait de données probantes à jour sur un problème clinique particulier ou lorsque les données probantes n'étaient pas adaptées au contexte canadien.

Il est clair que la prestation de services pour le TDAH n'est possible que si elle s'inscrit dans le cadre de la pratique des soins de première ligne. Il n'y a aucun pays dans le monde avec un nombre suffisant de spécialistes pour assurer le diagnostic et le traitement pour ce qui est l'un des troubles les plus courants de l'enfance et qui touche 4.4% des adultes¹⁰. Il y a peu ou pas de lignes directrices disponibles pour aider les médecins traitant des adultes ayant une histoire d'enfance de TDAH. En fournissant ces lignes directrices, en anglais et en français, nous espérons que ces personnes recevront des soins efficaces dans le système de soins de la santé publique.

PRINCIPES DIRECTEURS DE CADDRA

Vision

Améliorer la qualité de vie des patients et des familles qui vivent avec le trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH), tout en maximisant leur potentiel durant toute leur vie.

Mandat

La CADDRA est une alliance canadienne nationale de professionnels qui travaillent dans le domaine du TDAH et qui se consacrent à la recherche de calibre mondial, à la sensibilisation, à la formation et à la défense de la cause du TDAH.

Mission (objectifs)

- Assumer le leadership dans la diffusion de l'information sur le TDAH au Canada
- Rédiger les lignes directrices canadiennes pour le TDAH (LDC)
- Faciliter le développement et l'application des normes en matière de formation dans les soins aux patients atteints de TDAH
- Diffuser l'information parmi tous les groupes d'intérêt
- Promouvoir la qualité de vie des patients atteints de TDAH auprès des gouvernements, des établissements scolaires, des organismes d'emploi ou d'autres personnes qui interviennent auprès de ces patients.

LIGNES DIRECTRICES DE CADDRA – PRINCIPES FONDAMENTAUX

Principes de l'évaluation et du diagnostic

1. Le médecin doit être accrédité par ses associations régionales et nationales.
2. Le médecin doit être adéquatement formé pour comprendre le contexte de développement du TDAH.
3. Le diagnostic doit refléter une compréhension des questions multi-systémiques qui se rapportent au TDAH (par exemple, la formation scolaire, professionnelle, psychologique, psychiatrique et les interfaces médicales).
4. Tout patient mérite d'être vu dans un lieu sûr qui favorise l'alliance thérapeutique avec le médecin.
5. Il ne doit pas y avoir de coûts d'obtention ou de distribution du matériel provenant des LDC afin qu'il y ait un accès universel aux meilleurs outils d'évaluation.
6. Les symptômes et les troubles fonctionnels doivent être enregistrés en utilisant des échelles d'évaluation valides, fiables et précises pour évaluer la fréquence des symptômes, la sévérité, et les résultats.
7. Le médecin doit documenter toutes les conclusions pertinentes en temps opportun à des fins tant de résultats que de suivi.
8. Les résultats de l'évaluation devraient être communiqués au patient et sa famille avec clarté et compassion.

Principes de l'intervention

Les cinq paliers du traitement holistique

Le TDAH est un trouble chronique qui requiert une intervention planifiée à long terme. Celle-ci doit prévoir des contacts réguliers avec le patient et la famille relativement aux progrès et aux résultats. Le médecin de famille, le pédiatre et le pédopsychiatre (dans le cas d'enfants et d'adolescents) ou le psychiatre (dans le cas d'adultes) sont les intervenants professionnels clés. Le traitement doit être multimodal, il n'existe aucun traitement pour le TDAH (y compris les médicaments) qui peut assurer à lui seul de bons résultats à long terme²⁰⁹.

1. Sensibilisation adéquate du patient et de sa famille

La psychoéducation doit être la première intervention. Plus la famille et le patient sont informés, meilleurs seront leur choix et leur réponse au traitement. Une démarche intégrée à l'éducation du TDAH comprend des informations sur les interventions liées au:

- a) soutien des familles et pour leur défense de la cause du TDAH
- b) traitements psychosociaux et médicaux
- c) gestion par le patient, sa famille et ses enseignants
- d) accommodements au travail/école.

2. Interventions relatives au comportement ou au travail

La stratégie de base consiste à développer de meilleures habitudes qui, ultimement, peuvent permettre de développer des stratégies d'adaptation qui vont aider à réduire l'impact fonctionnel lié au TDAH. Les patients atteints de TDAH peuvent prendre plus de temps à intégrer de nouvelles habitudes dans leur vie. L'alliance entre le patient et le clinicien est essentielle et une attitude optimiste peut faciliter le processus.

3. Traitement psychologique

Le patient atteint de TDAH présente un grand risque d'être la cible de conflits délibérés ou involontaires. Ces conflits ont un effet direct sur son amour-propre et sur le bien-être de son entourage. Un environnement favorable, de la sensibilité et de la compréhension lui sont donc nécessaires. Les interventions peuvent comprendre du soutien, des services de consultation et une thérapie pour aider à limiter les dommages à l'estime de soi de telles expériences. La psychothérapie cognitive comportementale a été démontrée être un traitement d'appoint utile pour les adolescents et les adultes, cependant les évidences sont encore controversées chez les enfants.

4. Adaptations ou accommodements scolaires

Le TDAH devrait être défini comme un trouble développemental neuropsychiatrique et le patient devrait avoir accès à des accommodements, dont en milieu scolaire, selon les besoins identifiés. Le TDAH doit être protégé par le même type de législation disponible aux États-Unis par laquelle chaque enfant est admissible à une éducation qui répond à ses besoins. Actuellement dans certaines provinces canadiennes, le TDAH ne suffit pas par lui seul à qualifier un élève pour une désignation «d'enseignement individualisé». Ceci doit changer.

5. Traitement médical (comme moyen de faciliter les autres interventions)

Le TDAH est une condition médicale qui requiert une compréhension des options médicales. Chaque patient doit avoir accès aux meilleurs médicaments disponibles, peu importe sa situation financière. Chaque patient doit bénéficier d'un traitement qui lui soit propre et adapté individuellement. Il n'existe pas de traitement pharmacologique universel pour tous les patients atteints de TDAH. Le principe directeur d'un traitement pharmacologique est de commencer à faible dose et d'ajuster graduellement pour la plupart des patients, même si guides de posologie en fonction du poids peuvent être utilisées pour estimer la dose au cours de la prescription initiale.

Principes du consentement éclairé

Veillez à ce que le patient et sa famille aient reçu de l'information adéquate et puissent ensuite poser des questions pertinentes sur le trouble et son traitement. Veuillez revoir les 'Principes du consentement éclairé' ci-dessus.

Le patient et sa famille doivent être informés comme suit:

1. Ils doivent comprendre le plan de traitement proposé
2. Il faut leur expliquer les risques et les avantages du traitement prescrit
3. Il faut les informer des solutions de remplacement au traitement
4. Il faut leur expliquer les risques potentiels de l'absence de traitement.

Une relation de collaboration à long terme entre le médecin et le patient est essentielle. De nombreux médecins et patients associent la base de leur relation avec la prescription: lorsque le médicament est interrompu, il en est de

même pour leur relation avec leur médecin. Il faut changer cette idée: l'espoir est que la base de la relation soit le traitement à long terme de la maladie qui respecte les préoccupations de l'adulte, de l'enfant ou du parent afin de maintenir l'alliance thérapeutique.

Principes de la défense des droits

Les patients et leur famille doivent être habilités. Faciliter ce processus en participant à des campagnes de sensibilisation qui font la promotion des soins et services aux patients. Pour plus de détails, visiter les sites www.caddra.ca et www.caddac.ca

ABBRÉVIATIONS

AMP	Amphétamines	TAG	Trouble d'anxiété généralisée
ASRS	Adult ADHD Self Report Scale	TB	Trouble bipolaire
ATX	Hydrochloride d'Atomoxetine	TPB	Trouble de personnalité borderline
CAAT	(CADDRA ADHD Assessment Toolkit) - Trousse d'évaluation du TDAH de CADDRA	TCC	Thérapie cognitive-comportementale
CADDRA	Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance	TC	Trouble des conduits
CADDAC	Centre for ADHD/ADD Advocacy, Canada	TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité
CV	Cardiovasculaire	TDAH-C	TDAH, sous-type combiné
DC	Les données consensuelles	TDAH-HI	TDAH, sous-type hyperactivité- impulsivité prédominant
DP	Les données probantes	TDAH-I	TDAH, sous-type inattention prédominant
DEX	Dextro-amphétamine	TDAH-S	TDAH-Secondaire
DM	Dépression majeure	TED	Trouble envahissant du développement
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, text revision	TIP	Thérapie Interpersonnelle
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition	TOC	Trouble obsessionnel compulsif
DDMD	Trouble de la régulation émotionnelle	TOP	Trouble oppositionnel avec avec provocation
HAM-A	The Hamilton Anxiety Rating Scale	TPAS	Trouble de personnalité antisociale
HAM-D	The Hamilton Rating Scale for Depression	TSA	Troubles du Spectre de l'Autisme
HI	Hypersomnie Idiopathique	WISC	Wechsler Intelligence Scale for Children
JDQ	Jerome Driving Questionnaire	WFIRS-P	Weiss Functional Impairment Scale – Parent Report
LDC	Le comité des Lignes directrices consensuelles	WFIRS-S	Weiss Functional Impairment Scale – Self Report
MAB	Maladie Affective bipolaire	WSR	Weiss Symptom Record
MPH	Méthylphénidate	Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence		
SDE	Somnolence diurne excessive		

CHAPITRE 1: DIAGNOSTIC ET APERÇU DES RENCONTRES

La gestion du TDAH non compliqué: du diagnostic au traitement

Nous sommes bien conscients qu'une pratique en première ligne de médecine familiale ou de pédiatrie très occupée ne permet pas facilement de dégager le temps d'effectuer une longue évaluation détaillée comme cela est fait plus classiquement lors d'une rencontre d'évaluation en spécialité avec un pédiatre ou un psychiatre. Nous avons consulté des médecins de famille et des pédiatres à travers le Canada pour élaborer ce programme d'évaluation. Suite à leurs commentaires, nous sommes convaincus que ce programme en plusieurs étapes peut être plus facile à utiliser même si le mode de rémunération des rencontres peut rendre l'application de ce programme plus difficile dans certaines régions. Nous croyons que le caractère global de cette évaluation ajoute de la crédibilité au diagnostic. Le travail d'évaluation peut être fait lors de multiples rencontres qui sont aussi efficaces - sinon plus - qu'une seule rencontre plus longue.

Au Canada, les pédiatres et les médecins de famille sont les mieux placés pour le dépistage, l'évaluation et l'instauration du traitement du TDAH chez l'enfant alors que les médecins de famille et les psychiatres le sont pour les adultes atteints de TDAH. Dans les faits, puisque le TDAH est le trouble psychiatrique le plus fréquemment rencontré en clinique ambulatoire chez les enfants consultant pour une problématique de troubles de santé mentale¹¹, des niveaux adéquats de prestation de services pour le TDAH ne seront possibles que lorsque le TDAH deviendra une pathologie pour laquelle les fournisseurs de soins de première ligne seront formés pour l'évaluation et le traitement et pour laquelle ils auront accès à des soins spécialisés lorsque nécessaire.

Cette démarche schématique est organisée autour d'une proposition de rencontres d'évaluation et de traitement. Les médecins peuvent l'utiliser comme un guide. L'objectif de notre document est d'outiller les médecins dans le dépistage du TDAH à toutes les étapes de la vie, procéder à une évaluation dans les cas plus simples et de savoir quand référer.

Dans les cas compliqués de TDAH (TDAH complexe) il est clair que l'évaluation et le traitement du TDAH peuvent être plus ardues. Une référence en spécialité est suggérée dans les cas rendus complexes par la présence de conditions comorbides ou d'un diagnostic différentiel difficile ou la nécessité d'une prise en charge faisant appel à des interventions multiples ou une polypharmacothérapie. Cependant, une fois l'évaluation faite et le traitement entrepris, il est raisonnable de poursuivre le suivi par les médecins de famille et pédiatres de soins de première ligne.

Trousse CADDRA d'évaluation du TDAH (CADDRA ADHD Assessment Toolkit, CAAT) - Aperçu

La trousse CADDRA d'évaluation du TDAH (CAAT) est divisée en deux sections, une pour les documents d'évaluation et de suivi et l'autre pour les documents à remettre au patient et ses proches. Les outils pour l'évaluation et les questionnaires se retrouvent au sein de chaque section. Ces outils gratuits, peuvent être téléchargés de www.caddra.ca, ils peuvent être imprimés et photocopiés tant et aussi longtemps que le contenu n'en est pas modifié et que le logo de CADDRA ainsi que les références ne sont pas modifiées. Ce programme a été rédigé pour aider les médecins déjà familiers avec le TDAH. Les médecins ne connaissant pas le TDAH sont invités à participer à des programmes de formation (y compris ceux offerts par la CADDRA) ou à consulter le site Web des programmes de formation en ligne dès qu'ils seront disponibles. Pour des informations complémentaires, veuillez consulter notre site au www.caddra.ca.

Les outils et questionnaires peuvent être photocopiés et utilisés de la manière suivante:

1. Le formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH et le formulaire CADDRA de suivi pharmacologique (qui permet de noter la présence de symptômes somatiques avant traitement) permettent au médecin de documenter ses observations et constats durant la rencontre et ainsi conserver au dossier les éléments pertinents appuyant le diagnostic. Si un rapport est exigé, le document d'évaluation du TDAH tel que proposé par CADDRA permet une révision plus facile pour sa rédaction ou peut lui-même être utilisé comme rapport.

2. Les échelles d'évaluation et les questionnaires sont un moyen efficace d'obtenir des informations de la part du patient et de son entourage. Ils ne permettent PAS de poser un diagnostic. Ils font partie du dossier médical et servent à documenter les changements au fil du temps. Il est important de se rappeler que ces outils permettent d'évaluer la présence de symptômes, mais pas leur cause. *Toujours interpréter les résultats selon le jugement clinique.*

Raisons pour une évaluation ou une référence

Les patients peuvent venir vous voir ou être référés pour plusieurs raisons:

1. un proche du patient est informé quant au TDAH et reconnaît des traits chez le patient (par exemple un parent, un enseignant, un employeur, un collègue ou un ami)
2. le patient (généralement un adolescent ou un adulte) s'est renseigné au sujet du TDAH et en reconnaît les symptômes pertinents
3. un proche a été diagnostiqué avec un TDAH et cela interpelle le patient qui se reconnaît dans les symptômes (par exemple un enfant est diagnostiqué et un ou ses deux parents pensent qu'ils en souffrent également)
4. le patient se présente avec des difficultés fonctionnelles (telles que des problèmes de comportement ou d'attention, problèmes scolaires, problèmes avec la paperasse, avec la gestion du temps, la conduite automobile, le tabagisme ou des problèmes conjugaux) et le médecin suspecte que le TDAH est une explication possible.

Certains médecins peuvent se méfier des patients qui s'auto-diagnostiquent avec un possible TDAH. Ils peuvent penser que le patient est à la recherche de médicaments, d'accommodements ou d'une explication/excuse pour d'autres problèmes. L'expérience clinique nous indique que cette situation est plutôt rare.

Conseil pratique: *Il est bien de garder à l'esprit qu'un auto-diagnostic ne garantit ni élimine un diagnostic de TDAH.*

RENCONTRE 1: RENCONTRE ET/OU ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE DE DÉPISTAGE

Présentation de la plainte et début de la documentation

Examiner avec les parents/patient leurs préoccupations, le motif de la référence et leurs attentes face à l'évaluation.

Conseil pratique: *Questions simples à poser (n'importe quelle réponse positive à ces questions devrait entraîner une démarche plus approfondie). S'il s'agit d'un patient adulte, clarifier si les symptômes sont présents depuis qu'il est jeune.*

1. *Pensez-vous que vous avez plus de difficulté à vous concentrer, à vous organiser, à gérer votre temps et vos papiers que la plupart des gens?*
2. *Avez-vous eu des ennuis après avoir fait des choses impulsives que vous souhaiteriez ne pas avoir faites?*
3. *Ressentez-vous que vous êtes toujours en action, que vous êtes constamment agité ou à la recherche de quelque chose d'excitant à faire?*
4. *Est-il très difficile de vous motiver pour faire des choses ennuyantes, alors qu'il vous est plus facile de faire les choses que vous aimez?*
5. *Est-ce que les gens se plaignent que vous êtes dérangent ou facilement ennuyé, peu fiable ou difficile à gérer?*

Si vous avez le moindre soupçon d'un TDAH, commencez par remplir le formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH. Les médecins peuvent être quelque peu réticents à utiliser la formule d'entrevue semi-structurée et les échelles que nous avons fournies pour l'évaluation puisqu'ils ont l'habitude de prendre des notes lors des rencontres avec leurs patients et de rédiger ensuite. Ils peuvent penser que leurs patients trouveront ce processus fastidieux ou que cela va interférer avec leur capacité à «créer une relation» avec leurs patients. Au contraire, nous croyons

que les patients seront satisfaits de constater que leur médecin procède à une évaluation complète et systématique. L'entrevue vise à documenter toutes les informations nécessaires qui pourront être insérées directement dans votre dossier médical.

Conseil pratique: Assurez-vous de réviser les points forts du patient et NON PAS seulement ses faiblesses. Ceci établit une relation avec l'enfant, l'adolescent, l'adulte et sa famille, rendant les rencontres à venir plus faciles et pouvant aider la planification des interventions. Essayez de terminer chaque entrevue en parlant du courage et des capacités d'adaptation du patient et de sa famille dont ils ont fait preuve lors de ces circonstances difficiles, tout en soulignant et en affirmant l'importance et la valeur de leurs efforts.

ACTION



À la FIN de l'entrevue de dépistage:

1. Donner au patient les documents nécessaires pour la prochaine rencontre
2. S'assurer que le patient apporte tous ses documents antérieurs (par exemple bulletins scolaires, évaluations, etc.)
3. Obtenir l'autorisation écrite pour transmettre des renseignements aux établissements concernés
4. Fixer un rendez-vous pour la prochaine rencontre.

Il est suggéré que les médecins remplissent un formulaire d'évaluation (FE), un formulaire de dépistage (FD), et au moins une échelle d'évaluation (EE). Pour les enfants, le formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant (ENS) est également suggéré. Pour les adultes, une collecte d'information collatérale est utile lorsque disponible. Les formulaires de suivi (FS) sont également recommandés, tout en s'assurant d'avoir complété dès le départ le type de formulaire choisi qui servira de référence de base.

Enfants et Adolescents (âgés de 6 à 18 ans):

1. Document d'information générales et ressources du TDAH (CADDRA)
2. Inventaire des symptômes du TDAH (EE) (FS)
3. Questionnaire Weiss Symptom Record (WSR)* pour les parents, enseignants et adolescents au secondaire (FD)
4. Questionnaire Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent (WFIRS-P)* (EE)
5. Formulaire CADDRA d'évaluation pour l'enseignant (ENS) à être complété par l'enseignant qui connaît le mieux l'enfant
6. SNAP-IV-26* (EE)
7. Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique
8. Instructions-CADDRA pour l'évaluation de l'enfant ou de l'adolescent
9. Consignes CADDRA aux enseignants.

Adultes:

1. Document d'information générales et ressources du TDAH (CADDRA)
2. Inventaire des symptômes du TDAH pour documenter la présence de symptômes dans l'enfance, ce document peut aussi être complété pour la recherche de symptômes actuels
3. Adult ADHD Symptom Rating Scale (ASRS)* (EE)
4. Questionnaire Weiss Symptom Record (WSR)* (pour le patient, les parents ou un proche) (FD)
5. Questionnaire Weiss Functional Impairment Rating Scale-Self (WFIRS-S)* (EE)
6. Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique
7. Instructions-CADDRA pour l'évaluation de l'adulte.

* Version française non validée

Conseil pratique: Les adultes atteints de TDAH ne sont pas toujours fiables pour rapporter des formulaires. Il pourrait être préférable de remplir les questionnaires pertinents sur place.

RENCONTRE 2: ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET EXAMEN PHYSIQUE

Objectifs de la rencontre

1. Obtenir la documentation pertinente des dossiers antérieurs
2. S'assurer que les questionnaires pertinents à compiler soient complétés avant la rencontre 3
3. Déterminer s'il manque de l'information suite à la rencontre précédente
4. Continuer la démarche d'évaluation en utilisant le formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH pour:
 - Compléter l'examen physique (ou indiquer si l'examen physique a été fait par un collègue)
 - S'assurer qu'il n'y ait pas d'autres causes médicales aux symptômes de TDAH
 - Examiner les conséquences médicales possibles aux symptômes d'allure TDAH (par exemple accidents, trouble du sommeil, mauvaise alimentation)
 - S'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications médicales à l'utilisation de médicaments pour réduire les symptômes de TDAH.

Conseil pratique: *S'il y a des signes ou symptômes d'une maladie physique qui peuvent être un facteur expliquant les symptômes cliniques, ceux-ci prévalent dans l'évaluation. Ce n'est que lorsque ces facteurs sont écartés que les étapes suivantes peuvent être poursuivies.*

ACTION



À la FIN de la Rencontre:

1. Réviser la liste des documents et rappeler au patient ce qui manque en lui remettant une liste
2. Prescrire les tests cliniques pertinents suite aux conclusions de l'examen physique afin d'éliminer les causes médicales et les facteurs de risque
3. Obtenir l'autorisation écrite de communiquer des renseignements pour les documents manquants (si besoin)
4. Faire les références nécessaires pour des évaluations médicales ou autres types d'évaluation (par exemple ergothérapeute si problèmes de coordination; orthophoniste pour des problèmes de langage expressif ou réceptif)
5. Prendre un rendez-vous pour la prochaine rencontre et, s'il s'agit d'un patient adulte, prendre les dispositions nécessaires pour obtenir des informations d'une personne proche du patient qui l'a connu entre la petite enfance et l'âge de 12 ans.

Conseil pratique: *Si les parents s'opposent fortement à la participation de l'établissement scolaire de leur enfant dans le processus d'évaluation, le médecin doit expliquer aux parents que, s'il ne peut pas avoir l'information concernant les difficultés de l'enfant se rapportant au TDAH en milieu scolaire, il ne pourra donc fournir qu'une évaluation limitée. Jusqu'à présent, nous avons toujours eu une bonne collaboration des établissements pour la transmission des informations. Nous avons conçu les questionnaires afin qu'ils soient faciles à remplir par l'enseignant. Si un problème devait survenir, il serait important de fournir au parent votre numéro de téléphone au bureau et de lui demander de dire à l'enseignant ou au directeur de vous contacter afin de discuter de la situation.*

RENCONTRE 3: ENTREVUE TDAH (Sur plusieurs rencontres si nécessaire)

Conseil pratique: Commencer l'entrevue en parlant des forces du patient qui ont été mises en évidence lors de la première session. Le patient pourrait ne pas présenter de symptômes cliniques de TDAH dans votre bureau. S'il y a des symptômes évidents d'hyperactivité motrice, d'impulsivité et d'inattention, ceci suggère que les symptômes sont plus sévères. Une partie de l'évaluation du TDAH est d'observer non seulement la nature des difficultés et les symptômes, mais aussi les déclencheurs qui leur permettent d'être plus manifestes.

Objectifs de la rencontre

- Faire une révision complète de l'histoire du développement durant l'enfance pour l'adulte et un historique pour les enfants/adolescents, afin de déterminer la présence des symptômes pertinents avant l'âge de 7 ans
- Évaluer s'il existe des événements qui ont pu avoir un impact majeur émotionnel pendant l'enfance (par exemple abus, décès, changements majeurs)

Conseil pratique: Le TDAH est un trouble à base biologique. Essayez de distinguer les symptômes dus à des stressseurs externes. Cela peut être très difficile, en particulier lorsque le patient a subi une perte importante ou un traumatisme.

- Obtenir des informations de la part de la mère/du père du patient ou un parent proche qui connaît son histoire durant l'enfance

Conseil pratique: Certains parents ont tendance à minimiser les problèmes chez leurs enfants devenus adultes, mais seront en mesure de raconter des histoires/anecdotes au sujet de leur comportement dans l'enfance si on leur demande. Cette démarche permet aussi d'établir le tempérament du patient lorsqu' enfant.

- Réviser les échelles d'évaluation CAAT: l'inventaire des symptômes du TDAH, Weiss Symptom Record, WFIRS-P, les formulaires CADDRA d'évaluation pour l'enseignant (enfant/adolescent), et WFIRS-S si adulte

Conseil pratique: Il est utile de faire votre impression clinique AVANT de consulter les résultats des questionnaires. Et ensuite, vérifier si les données des questionnaires confirment ou infirment vos conclusions.

ACTION



À la FIN de la rencontre d'entrevue:

1. Faire les références nécessaires pour des évaluations par des spécialistes (par exemple pour un psychologue; pour un adulte (ou un parent), une demande de consultation par un psychiatre ou neurologue; pour un enfant/adolescent, une demande de consultation par un pédiatre spécialisé en développement, un pédopsychiatre ou un neuropédiatre)
2. Faire les références nécessaires suite aux conclusions cliniques obtenues
3. Faire une référence pour une évaluation psychométrique et recherche spécifique de troubles d'apprentissage dans le cas d'un étudiant (voir chapitre 6; document 6A)
4. Continuer de mettre l'accent sur l'information concernant le TDAH et s'assurer que les parents/enfants sont au courant de l'existence des sites Web pertinents pour plus d'information
5. Fournir les outils d'information ou tout autre document pertinent
6. Prévoir un rendez-vous pour la rétroaction et le traitement.

Conseil pratique: Certains élèves seront en mesure d'obtenir une évaluation psychométrique et recherche spécifique de troubles d'apprentissage par le biais du système scolaire. Pour les patients qui peuvent se permettre une évaluation privée, il est utile d'avoir une liste de ressources locales qui offrent des évaluations pour les besoins d'apprentissage et du soutien dans le contexte du TDAH, y compris des stratégies d'adaptation à l'école. Parfois, des collèges et des universités offrent des évaluations psychométriques à un taux réduit, car ils ont besoin de sujets pour leurs étudiants en psychologie. Cela peut aider à réduire les coûts.

RENCONTRE 4: RÉTROACTION ET RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT

Procéder à la rétroaction et au traitement si le patient:

- A des preuves documentées d'impact fonctionnel/incapacité
- Atteint les seuils pour un diagnostic de TDAH avec les outils utilisés
- Ne présente aucun autre problème médical qui occasionnerait une contre-indication à un traitement spécifique du TDAH
- A un TDAH non compliqué, par exemple, sans aucun trouble comorbide (à l'exception du trouble d'opposition avec provocation)
- Est motivé à apprendre sur le TDAH (adulte) ou a un ou des parents/tuteurs qui sont motivés.

Si le patient n'a pas atteint ce seuil alors:

- Retourner en arrière pour voir où un problème aurait pu survenir et clarifier à l'aide des interventions appropriées
- Poursuivre en demandant une référence à des spécialistes en TDAH en raison de la complexité du cas, tant pour déterminer si le TDAH est présent que pour examiner d'autres aspects du diagnostic différentiel.

Rétroaction du diagnostic

1. Réviser les résultats des outils d'évaluation afin de déterminer si les critères du TDAH sont rencontrés. Rechercher une uniformité entre les échelles d'évaluation et les commentaires des observateurs
2. Réviser l'historique du développement, identifier les handicaps qui sont souvent associés aux symptômes de TDAH selon les informations cliniques et le questionnaire WFIRS
3. Pour les enfants/adolescents, réviser les formulaires CADDRA d'évaluation de l'enseignant. Veuillez noter qu'il peut y avoir une différence entre les rapports d'enseignant quand un enseignant a l'élève toute la journée alors qu'au secondaire, un élève a de cinq à sept enseignants, chacun pour une seule période. Souvent, les enseignants du secondaire ne sont pas en mesure de fournir un rapport précis sur le fonctionnement global de l'élève au-delà des notes obtenues et l'achèvement des devoirs dans la matière enseignée. Il est clair que, même si aucun enseignant du secondaire ne voit beaucoup de difficulté, un élève peut présenter une importante difficulté et ce, même si elle est seulement rapportée par les parents et les auto-questionnaires
4. Réviser toute autre documentation telle que les bulletins scolaires et évaluations antérieures afin de déterminer s'il y a une uniformité
5. Donner vos commentaires sur l'entrevue et les sources parallèles
6. Sur la base des conclusions ci-dessus, présenter le diagnostic et d'autres préoccupations qui pourraient être pertinentes.

Dissiper les mythes

De nombreux patients viennent pour une évaluation de TDAH avec de fausses informations ou des croyances. Par exemple:

- Ils ne sont que paresseux, se cherchant une excuse
- Je ne veux pas prendre un médicament qui pourrait changer ma personnalité

- Ce n'est pas moi qui ai un problème, c'est plutôt mon conjoint/employeur/parent/enseignant/école qui a le problème
- J'en souffrais quand j'étais petit, mais c'est disparu
- Je n'ai pas tous les symptômes cliniques
- Le TDAH est juste ce qui est à la mode présentement
- et plus.....

Conseil pratique: *Il s'agit d'un diagnostic qui suscite beaucoup d'émotion. Il est très important de s'assurer que les préoccupations du patients et de sa famille soient entendues et non pas rejetées. Il s'agit d'un processus de collaboration. C'est encore plus vrai quand il y a des divergences entre le patient et la personne qui a initié la référence. Quand il y a des conflits, il est utile de se concentrer sur les points forts de la personne et éviter de la blâmer. Souvent, l'émotion négative émane de la peur et de la perte de contrôle. Se responsabiliser aide au rétablissement.*

Rétroaction du plan de traitement¹²

1. Demander au patient ses sentiments, questions et réactions
2. Expliquer l'impact du diagnostic dans l'environnement académique/professionnel. Par exemple, un diagnostic confirmé et bien documenté pourrait être crucial pour obtenir divers bénéfices (ex. subventions) ou accommodements.
3. Réviser les domaines des atteintes fonctionnelles, en essayant de réduire le symptôme majeur qui préoccupe l'individu
4. Expliquer le plan de traitement multimodal:
 - Le besoin d'être mieux informé/psychoéducation
 - Traitement psychosocial impliquant les changements de style de vie, les accommodements requis au travail/école et les interventions psychologiques centrées sur l'estime de soi et les facteurs de stress dans leur vie
 - Traitement pharmacologique – utiliser les médicaments pour réduire l'intensité et l'impact fonctionnel des symptômes, ce qui va aider les interventions comportementales
5. Transmettre le diagnostic par vos rapports aux parties intéressées (avec le consentement du patient)
6. Prévoir un suivi, des références, des consultations, des tests en laboratoire ou autres interventions si nécessaire.

ACTION



À la fin de la rencontre:

1. Donner au patient la documentation pertinente sur le plan de traitement dont le traitement pharmacologique et les interventions psychosociales
2. Faire les références nécessaires pour le traitement psychosocial ou établir un plan de rendez-vous si vous offrez cette partie de traitement (par exemple intervention comportementale, thérapie etc.)
3. Déterminer le prochain rendez-vous pour discuter de la médication.

RENCONTRE 5: TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE ET DÉFENSE DES DROITS

Objectifs de la rencontre (Voir chapitre 7 pour une révision complète)

1. Discuter les options du traitement pharmacologique, les risques et avantages
2. Sélectionner le médicament initial et réviser la stratégie d'ajustement des posologies. *Commencer avec la dose minimale recommandée dans ces Lignes directrices et augmenter lentement, afin d'assurer le confort optimal pendant le traitement pharmacologique.*

Conseil pratique: Parfois, le traitement pharmacologique est institué en réponse à une urgence à court terme (par exemple comportement agressif), mais l'objectif à long terme est d'améliorer le fonctionnement avec une meilleure qualité de vie et le maintien à long terme.

ACTION



À la fin de la rencontre fournir:


- Une prescription si cliniquement indiqué et si le patient est prêt à commencer le traitement pharmacologique
- La grille d'évaluation de 26 items sur le TDAH, Inventaire des symptômes du TDAH (à être complétée par le patient ou un proche avant et pendant la période optimale au cours de laquelle le patient prend des médicaments)
- Une copie du Formulaire de suivi pharmacologique. Il est suggéré qu'il soit complété par le patient ou parent(s) avant qu'il ne commence la médication et régulièrement par la suite, pour établir la réponse clinique mais aussi le profil d'effets secondaires
- Un rendez-vous de suivi concernant les effets des médicaments. Rappeler au patient/parents/titulaires d'apporter un formulaire de suivi pharmacologique dûment complété à chaque rencontre de même que les formulaires CADDRA d'évaluation pour l'enseignant lorsque nécessaire.

Conseil pratique: Pendant l'ajustement des médicaments, nous suggérons que le patient ou le parent remplisse le Formulaire de suivi pharmacologique chaque mercredi et samedi soir selon les symptômes de la journée. La collecte d'informations en milieu de la semaine et la fin de semaine donne une meilleure vue du contrôle des symptômes quotidiens et le profil de tolérabilité aux médicaments.

Rencontres de Suivi

- Un suivi à toutes les 3-4 semaines est nécessaire jusqu'à ce que la médication soit optimale. Un entretien téléphonique ou une communication par courriel peut être suffisante dans l'intervalle pour s'assurer que le patient ait accès à un médecin en cas de questions relatives à l'efficacité ou les effets secondaires.
- Une fois la dose optimale déterminée, le suivi idéal concernant la médication serait tous les trois mois.

«Congé» de médicaments

- La médication non stimulante est habituellement prise de façon continue, car elle nécessite un taux sanguin constant pour obtenir l'efficacité du traitement. Cependant, il peut s'avérer nécessaire à un moment donné de diminuer la dose ou même de cesser la prise du médicament afin de déterminer si ces médicaments sont nécessaires et quels en sont leurs effets (bons et mauvais).
- La question de «congé» de médicaments pour les enfants atteints de TDAH est controversée. Il a été dit que les risques d'abandon de médicaments dépassent les avantages potentiels. Tout récemment, une étude sur le traitement multimodal du TDAH¹³ a démontré que l'utilisation intermittente de médicaments diminue la perte de poids et l'impact sur la taille tout en soulevant à nouveau au premier plan le sujet des congés de médicaments, en questionnant si les «congés» de médicaments pourraient avoir le même effet. Les «congés» de médicaments ont été décrits comme ayant d'autres avantages importants. Par exemple, ils assurent que le patient et son médecin continueront à surveiller les avantages et les risques d'un médicament ou le besoin continu des médicaments. En cas de détérioration, le patient peut recommencer à prendre ses médicaments. Pour les enfants et les adolescents, le «congé» de médicaments peut être éducatif en leur permettant d'être en mesure de reconnaître les effets secondaires psychiatriques plus subtils ou de reconnaître les effets bénéfiques qu'ils ignoraient auparavant. Actuellement, on ne sait pas si une fenêtre thérapeutique sans médicament peut réduire la tolérance, l'augmentation de la dose ou la prise à vie du médicament. Présentement, il n'y a pas de données pour fournir une recommandation définitive sur le «congé» de médicaments et notre recommandation consensuelle  est que les risques, avantages et autres stratégies d'adaptation soient discutés avec chaque famille et qu'une approche individualisée soit instituée.

CHAPITRE 2: DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET TROUBLES COMORBIDES

Introduction

Lors du diagnostic du TDAH, il est important d'exclure les autres troubles qui pourraient en mimer les symptômes ou s'y rajouter. Plusieurs problématiques font partie du diagnostic différentiel et le TDAH est très fréquemment associé à d'autres troubles associés (comorbidités). **Considérer un deuxième avis ou référer à un spécialiste en TDAH si le patient a une histoire clinique qui est complexe ou si vous envisagez un traitement pharmacologique au-delà de ceux recommandés dans les présentes lignes directrices¹⁴.**

La plupart des individus atteints de TDAH présentent aussi des conditions ajoutées qui peuvent compliquer le tableau clinique. Souvent, ces troubles comorbides doivent être traités de façon concomitante.

- 50-90% des enfants atteints de TDAH ont au moins une comorbidité¹⁰;
- Environ la moitié de tous les enfants atteints de TDAH ont au moins deux comorbidités¹⁰;
- 85% des adultes atteints de TDAH rencontrent les critères pour une comorbidité²⁶⁰.

La présence d'une problématique comorbide peut contribuer à l'échec du dépistage et du diagnostic du TDAH chez les adultes mais aussi les enfants. Des études de suivi d'enfants atteints de TDAH avec un trouble comorbide ont démontré qu'ils réussissent moins que les enfants atteints de TDAH seul, ayant nettement plus de difficultés sociales, émotionnelles et psychologiques¹⁹. Les comorbidités les plus souvent mentionnées dans la Multimodal Treatment Study of ADHD¹⁸ et dans d'autres études sur la comorbidité ont été remarquablement semblables.

Des taux élevés de comorbidités avec un TDAH ont été signalés autant dans des échantillons cliniques que dans des études épidémiologiques. De nombreux auteurs ont indiqué que la comorbidité est généralement plus élevée pour le TDAH chez les enfants et les adultes. Plusieurs hypothèses concurrentes sont proposées pour expliquer ce taux élevé de comorbidité. La présence d'un trouble comorbide avec un TDAH peut être le signe qu'un de ces troubles soit une manifestation précoce de l'autre ou que le développement d'un trouble augmente le risque pour l'autre. Une autre possibilité est qu'un de ces troubles soit un sous-type de l'autre (TDAH avec trouble des conduites peut être un sous-type du TDAH). Les troubles comorbides peuvent partager des facteurs de vulnérabilité communs ou des facteurs génétiques et psychosociaux. Chaque trouble pourrait être une expression de la variabilité phénotypique ou, enfin, chaque trouble est une entité distincte. Plus de recherches seront nécessaires pour comprendre la validité de chacune de ces hypothèses.

Différencier les troubles

Les diagnostics différentiels incluent des troubles qui imitent le TDAH alors que les troubles comorbides sont des troubles qui se présentent conjointement avec le TDAH (soit liés par les causes ou indépendants mais simultanés avec le TDAH). Une recherche attentive des autres diagnostics possibles doit être effectuée au moment de l'évaluation.

Diagnostiques différentiels fréquents du TDAH

Ce tableau a été adapté à partir du *Clinician's Guide to ADHD* avec la permission de l'auteur, Dr. Joseph Sadek.

Conditions qui peuvent imiter le TDAH	Symptômes ou signes non caractéristiques du TDAH
Troubles psychiatriques	
Trouble d'anxiété généralisée	Inquiétude constante pendant 6 mois ou plus; manque d'énergie; humeur anxieuse et symptômes somatiques d'anxiété.
Trouble obsessionnel compulsif	Présence d'obsessions ou de compulsions qui interfèrent dans les sphères de la vie
Dépression majeure	Diminution épisodique de l'humeur ou humeur dépressive et/ou dysphorie; idées suicidaires; manque d'énergie; retard psychomoteur
Trouble bipolaire I ou II (épisodes de manie ou dépressifs)	Changements épisodiques; symptômes psychotiques; idées de grandeur; discours sous pression; récente diminution du besoin de sommeil
Trouble psychotique (schizophrénie ou trouble schizo-affectif)	Symptômes psychotiques
Troubles du spectre de l'autisme	Atteinte qualitative observable dans les interactions sociales, la communication ou présence de comportements excentriques ou étranges
Trouble d'opposition avec provocation	Défiant, colérique; agace les autres et est facilement contrarié; méchant ou rancunier
Trouble des conduites	Présence de critères de trouble de conduite par exemple: agression sur des personnes et des animaux, destruction de biens; fausseté ou vol, violations graves des règles et de la loi
Abus/Dépendances aux drogues	Dépistage de drogues dans l'urine positif confirmant la présence de substance(s) illicite(s)
Troubles d'apprentissage	Consultation avec un psychologue ou un neuropsychologue confirmant la présence du trouble
Troubles du langage	Consultation avec un orthophoniste confirmant la présence du trouble
Tics/ Syndrome de Gilles de la Tourette (SGT)	Présence de tics vocaux ou moteurs (ou les deux pour SGT)
Troubles de la personnalité	
Trouble de personnalité limite	Anxiété d'abandon; fréquentes et rapides sautes d'humeur, menaces suicidaires; perturbation de l'identité; symptômes dissociatifs ou micro épisodes psychotiques, sentiments de vide
Trouble de personnalité antisociale	Absence de remords, de responsabilité et d'empathie
Troubles liés au QI: Déficience mentale Enfant surdoué	Évaluation cognitive confirmant le diagnostic Remarque: si le QI est dans les limites normales, déterminer si le programme académique répond aux besoins de l'enfant
Liés à la médication	
Médicaments avec effets secondaires d'émoussement cognitif (par exemple stabilisateurs de l'humeur)	
Médicaments avec activation psychomotrice (par exemple décongestionnants, bêta-agoniste)	
Condition médicale générale	
Examens confirmant la condition médicale	
Traumatisme crânien/Commotion cérébrale	Puisque le TDAH sous-jacent peut augmenter le risque de traumatisme crânien, il est important d'explorer la chronologie de l'apparition des symptômes cognitifs (présents avant, ou apparus ou aggravés après un traumatisme crânien)
Épilepsie	Évaluation neurologique confirmant le diagnostic
Déficits sensoriels	Évaluation en audiologie ou en vision confirmant le diagnostic
Dérèglement hormonal	Taux de TSH indiquant une hypothyroïdie ou hyperthyroïdie
Hypoglycémie	Taux anormalement bas de glucose sanguin confirmant le diagnostic
Anémie sévère	FSC et examens confirmant le diagnostic
Intoxication au plomb	Taux de plomb dans le sang confirmant le diagnostic
Troubles du sommeil	Évaluation en laboratoire du sommeil confirmant le diagnostic
Syndrome du X fragile	Tests de génétique moléculaire pour le gène FMR1 confirmant le diagnostic. Génotype confirmant le diagnostic
Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)	<ul style="list-style-type: none"> - Présence possible de déficience mentale - Retard de croissance et caractéristiques faciales du SAF - Évaluer les risques prénataux d'exposition à l'alcool - Imagerie cérébrale magnétique - Évaluation psychologique (y compris intellectuelle, processus langagier et sensori-moteur)
Phénylcétonurie	Tests sanguins confirmant le diagnostic
Neurofibromatose	Présence de tâches Café au lait

Conditions qui peuvent imiter le TDAH	Symptômes ou signes non caractéristiques du TDAH
Autres facteurs	
Environnement inapproprié pour l'apprentissage	
Famille dysfonctionnelle ou mauvaise éducation parentale	
Abus physique ou négligence	
Trouble d'attachement	

Un historique complet accompagné d'un examen physique permet souvent de confirmer la présence de conditions physiques sous-jacentes. Dans certains cas, des tests en laboratoire sont nécessaires afin d'éliminer les pathologies suspectées. Cependant, la plupart des individus atteints de TDAH n'ont pas besoin d'analyses de laboratoire d'emblée. Dans certains cas, des techniques d'investigation particulières peuvent être pertinentes: la polysomnographie, un électroencéphalogramme ou une imagerie cérébrale. Des tests psychologiques, comme le WISC-IV (chez les enfants) ou le WAIS (chez les adultes), sont importants, car ils peuvent évaluer les problèmes d'apprentissage et aident à déterminer les composantes spécifiques du fonctionnement cognitif en lien avec les fonctions exécutives (par exemple la mémoire de travail et la vitesse de traitement de l'information). D'autres tests, tels que l'évaluation de la personnalité ou des tests projectifs, peuvent être des indicateurs utiles pour établir les traits de personnalité et évaluer le contact avec la réalité.

Comorbidités¹⁵⁻¹⁷

Troubles comorbides pouvant compliquer l'évaluation et le traitement du TDAH

Troubles psychiatriques	Éléments cliniques à considérer lors du traitement du TDAH combiné avec un trouble comorbide
Troubles de l'humeur	
Dépression majeure	Traiter le trouble le plus contraignant en premier. Une dépression modérée à sévère doit être traitée en premier et le risque de suicide doit être évalué dans tous les cas. Des stimulants peuvent être combinés avec la majorité des antidépresseurs, à surveiller lors du suivi. Aussi considérer TCC. Chez les adultes, le bupropion et la désipramine peuvent réduire les symptômes du TDAH, mais ont une efficacité significativement plus faible que les psychostimulants.
Trouble bipolaire	Traiter le trouble bipolaire en premier. Le traitement du TDAH peut être offert une fois le trouble bipolaire stabilisé. Référer à un spécialiste.
Troubles anxieux	
Trouble d'anxiété généralisée Trouble panique Phobie sociale TOC Syndrome de stress post-traumatique	Traiter le trouble le plus contraignant en premier. Certains patients peuvent présenter une aggravation de l'anxiété et d'autres une amélioration de leurs symptômes. Les traitements du TDAH peuvent être moins tolérés chez certains individus de ce groupe. Observer les interactions pharmacologiques possibles avec des médicaments métabolisés par le système CYT2D6. Débuter avec une faible dose, augmenter lentement, mais titrer jusqu'à la dose thérapeutique. Si non toléré, changer pour un autre médicament, comme l'atomoxétine. Considérer la TCC. Dans les cas de réponse partielle aux stimulants et que l'atomoxétine en monothérapie n'est pas suffisamment efficace, considérer référer en spécialité pour une co-thérapie (combinaison de stimulant avec un non-stimulant).
Troubles du spectre de l'autisme (TSA)	Le traitement du TDAH peut être moins toléré par certains individus de cette population. Commencer doucement, aller lentement, mais titrer jusqu'à la dose thérapeutique. S'il y a intolérance, changer de médicament. Référer à un spécialiste pour des interventions spécifiques pour le TSA.
Troubles psychotiques	Traiter le trouble psychotique en premier. (Référer à un spécialiste: le traitement du TDAH peut déclencher une rechute psychotique chez un patient prédisposé). Les patients stables qui sont en rémission peuvent bénéficier d'un traitement pour le TDAH.
Trouble d'opposition et Trouble des conduites	Traiter les deux troubles. Le trouble d'opposition nécessite des interventions psychosociales. Les cas modérés à sévères peuvent nécessiter une combinaison de psychostimulants avec un agoniste du récepteur adrénérgique alpha 2 tel que la clonidine ou la guanfacine. Le trouble de conduite nécessite des interventions psychosociales et peut avoir des répercussions au plan juridique. Le traitement pharmacologique du TDAH peut aider à mieux contrôler les comportements impulsifs. La littérature scientifique cite certains cas où l'ajout d'un antipsychotique a amélioré les symptômes du trouble de conduite.
Trouble de personnalité limite	Le fait de réduire l'impulsivité et d'augmenter l'attention par le traitement du TDAH combiné avec un trouble de la personnalité peut aider ces patients à mieux participer à leurs traitements psychologiques.

Troubles psychiatriques	Éléments cliniques à considérer lors du traitement du TDAH combiné avec un trouble comorbide
Trouble de personnalité anti-sociale	Le traitement des patients avec TPA + TDAH nécessite des interventions plus complexes et détaillées.
Conditions médicales	Éléments cliniques à considérer lors du traitement du TDAH combiné avec un trouble comorbide
Épilepsie	Traiter l'épilepsie en premier, puis le TDAH. De nouvelles crises doivent être traitées avec des médicaments antiépileptiques. Le taux de médicaments antiépileptiques peut augmenter avec le méthylphénidate dû à l'inhibition enzymatique ²⁴⁵ .
Tics	Les médicaments pour le TDAH ne causent pas de tics, mais certains peuvent augmenter ou réduire les tics. Cependant, la présence de tics n'est pas une contre-indication pour les médicaments pour le TDAH. L'atomoxétine, la clonidine et la guanfacine ont démontré des résultats prometteurs chez cette population. L'ajout d'antipsychotiques peut être nécessaire pour les cas sévères.
Troubles du sommeil	Traiter le trouble primaire en premier.
Apnée du sommeil	Les psychostimulants peuvent réduire la somnolence résiduelle et améliorer le fonctionnement quotidien de l'apnée du sommeil et de la narcolepsie avec ou sans TDAH.
Troubles cardiovasculaires	Effectuer un examen physique avant de commencer le traitement (TA et auscultation cardiaque). ECG et consultations cardiaques si antécédents cardiaques significatifs ou maladie cardiaque structurale. Mesurer TA et surveiller les signes vitaux et les effets secondaires cardiaques lors du traitement.
Obésité	Discuter les habitudes d'une saine alimentation et de sommeil; augmenter l'exercice physique. Le traitement du TDAH peut améliorer la volonté du patient à mettre en œuvre des changements dans son mode de vie.
Autres troubles	Éléments cliniques à considérer lors du traitement du TDAH combiné avec un trouble comorbide
Troubles d'apprentissage	Traiter les troubles spécifiques d'apprentissage. Le traitement du TDAH peut augmenter l'attention permettant l'amélioration de l'apprentissage des habiletés. Des accommodements scolaires devraient être envisagés et proposés selon le besoin.
Troubles du langage	Traiter les troubles spécifiques de langage. Référer à un éducateur spécialisé, psychologue et/ou orthophoniste pour des interventions spécifiques.
Trouble de la coordination du développement	Traiter le trouble de la coordination. Référer à un ergothérapeute et/ou physiothérapeute pour des interventions spécifiques.
Faible QI QI élevé	Traiter le TDAH et adapter les approches non pharmacologiques selon le niveau de QI du patient. Traiter le TDAH et adapter le curriculum selon le niveau de QI de l'enfant.

Note: Les combinaisons de médicaments antipsychotiques et d'usage hors indication décrites dans ce tableau sont réservées pour les cas complexes.

La présentation des sous-types du TDAH et des troubles comorbides les plus courants change au fil du temps et selon de stade de développement. Les troubles concomitants les plus fréquents dans l'enfance sont le trouble d'opposition avec provocation (TOP), les troubles du langage et l'énurésie. Beaucoup d'enfants atteints de TDAH ont un trouble d'apprentissage spécifique²⁰. Le TDAH est deux à trois fois plus fréquent chez les enfants souffrant de troubles du développement ou ayant un QI limite et une déficience intellectuelle. Dans les années d'âge mi-scolaire, des symptômes d'anxiété ou des troubles du spectre tic peuvent également être observés. Les troubles de l'humeur ont tendance à s'observer au début de l'adolescence²¹⁻²³.

Nous allons décrire brièvement les principales comorbidités et les traitements associés nécessaires. Il est important de noter que généralement, l'évolution clinique sera influencée principalement par la problématique la plus sévère. Très peu de recherches systématiques existent sur le séquençage du traitement des comorbidités. Ces situations sont généralement abordées sur une base individuelle, cas par cas.

TDAH et les troubles des apprentissages spécifiques (TAS)

Il est important de savoir que l'expression «trouble d'apprentissage» (TA) dans le DSM-IV⁶ a maintenant changé pour «troubles des apprentissages spécifiques» (TAS) dans le DSM-5²⁴⁶. Le TAS et le TDAH sont dorénavant classés dans le DSM-5 sous la section des troubles du développement neurologique. Le DSM-5 utilise un terme unique global, soit les troubles spécifiques des apprentissages, plutôt que des troubles distincts comme le trouble de la lecture, le trouble du calcul, le trouble de la production écrite et les non spécifiés anciennement utilisés dans le DSM-IV-TR. Le DSM-5 permet pour une seule catégorie de TAS avec la possibilité de spécifier quels domaines sont atteints. Autrement dit, le

clinicien peut spécifier les manifestations des difficultés d'apprentissage au moment de l'évaluation selon les trois grands domaines académiques tel que la lecture, l'écriture et les mathématiques (par exemple TAS avec atteinte de la lecture, ce qui inclut la difficulté à lire des mots précis, la cadence ou la compréhension de lecture).

Compte tenu des préoccupations historiques de l'utilisation de la IQ-Achievement Discrepancy method, qui était une condition préalable dans le DSM-IV, cette méthode n'est plus nécessaire dans le DSM-5. Au contraire, les quatre nouveaux critères (A-D) pour un diagnostic sont - A: la persistance des symptômes (liste des symptômes cliniques fournie) pour au moins six mois, malgré une intervention ciblée; B: faible rendement scolaire ayant des impacts significatifs; C: l'âge d'apparition dans les années d'âge scolaire (peut se manifester pleinement plus tard), et D: non attribué à un trouble intellectuel, une acuité visuelle ou auditive non corrigée, d'autres troubles mentaux ou neurologiques, des difficultés psychosociales, un manque de maîtrise de la langue d'enseignement ou un manque d'instruction. Le DSM-5 nécessite plusieurs tests, y compris ceux qui sont administrés individuellement et culturellement avant de poser le diagnostic (soit des échelles, les bulletins scolaires, des évaluations basées sur le curriculum).

Fréquemment, les enfants et les adolescents atteints de TDAH ont un rendement inférieur à celui des groupes de contrôle lors de tests de rendement normalisés. Les enseignants et les parents expriment souvent des préoccupations au sujet du niveau de productivité d'un enfant/adolescent et le qualifieront de «paresseux» ou «non-motivé». Il existe un certain nombre de circonstances qui peuvent aboutir à un échec scolaire. Une possibilité est que l'individu souffre d'un TDAH combiné avec des troubles des apprentissages spécifiques (TAS). En effet, la recherche indique que la comorbidité du TDAH et des troubles des apprentissages spécifiques est élevée.

Comorbidité TAS et TDAH

Il a été suggéré que la portée de la comorbidité soit entre 31% et 45%. Un enfant sur trois atteints de TDAH a également un TAS²⁴⁶. Le taux de comorbidité du TAS et du TDAH peut varier considérablement selon la façon dont le TAS est déterminé.

Cependant, le TDAH et le TAS peuvent souvent présenter des symptômes comportementaux similaires. Par exemple, les enfants qui ont des difficultés en lecture ou en écriture peuvent présenter des difficultés à maintenir leur attention lors de telles tâches ardues. Ainsi, ils peuvent paraître distraits, leur inattention considérée comme secondaire à la présence d'un TAS. Il est recommandé qu'une évaluation exhaustive soit effectuée afin de démêler le diagnostic principal ou de déterminer s'il y a présence d'une comorbidité.

Même sans troubles des apprentissages spécifiques comorbides, les enfants atteints de TDAH peuvent encore avoir beaucoup de difficultés comme suivre des instructions, écouter en classe ou rester concentrés sur une tâche, ce qui peut entraîner des sous-performances significatives par rapport à leur potentiel. D'autres personnes souffrant d'un TDAH ont souvent des difficultés dans les domaines du fonctionnement cognitif exécutif comme la conception, l'organisation, la planification, l'activité autodirigée et la capacité à effectuer des tâches à plusieurs étapes. Le degré de difficultés que vivent ces personnes varie. Certains individus sont fortement handicapés et leur réussite scolaire est en dessous de leur potentiel. Les troubles d'apprentissage et les déficits des fonctions exécutives sont également sujets à se développer. Autrement dit, ils peuvent devenir plus manifestes lorsque les demandes cognitives à l'école deviennent plus exigeantes.

Impacts sur l'évaluation de diagnostic

En termes d'évaluation, les praticiens devraient toujours (a) dépister les handicaps scolaires des élèves atteints de TDAH et les symptômes de TDAH chez les élèves ayant un TAS; (b) évaluer la performance académique dans toutes les matières (par exemple la lecture, les mathématiques, l'écriture) lors de l'évaluation des étudiants avec un TDAH; et (c) évaluer avec soin si les interventions pour le TDAH améliorent la performance académique²⁶⁴. Compte tenu du taux relativement élevé de comorbidité avec le TDAH et le TAS, les élèves qui sont évalués pour l'un de ces troubles devraient toujours être évalués également pour des symptômes possibles de l'autre trouble. Si

le dépistage suggère la possibilité d'un trouble spécifique d'apprentissage, alors il faut référer auprès du personnel de soutien et des psychologues de l'école fréquentée par l'enfant pour que tous se consultent quant au plan d'intervention en milieu scolaire.

Une fois les évaluations psychopédagogiques terminées, il est important d'évaluer s'il y a une comorbidité avec TAS de même qu'écarter d'autres troubles comme des troubles du traitement auditif ou des troubles moteurs qui ont un impact négatif sur la production écrite. Les enfants atteints de TDAH ont souvent des troubles de la parole et du langage. Les enfants souffrant de troubles évidents de la parole et du langage devraient également subir une évaluation auditive qui pourrait inclure un traitement auditif central.

Il est important de différencier les difficultés scolaires qui peuvent être secondaires à des symptômes de TDAH (soit des difficultés de performance) aux handicaps scolaires (soit liés TAS).

Chez les adultes comme chez les enfants, le TDAH peut se manifester avec des problèmes spécifiques en lecture, en mathématiques ou en expression écrite. Ceux-ci peuvent généralement être identifiés lors de l'évaluation en explorant si ces difficultés ont causé des problèmes à l'école et si elles continuent de causer des difficultés plus ou moins résiduelles actuellement. Ce qui est plus complexe est d'arriver à différencier un problème d'attention primaire (TDAH du type inattentif) versus divers troubles entraînant une dysfonction exécutive secondaires à des conditions physiques (par exemple un traumatisme crânien, une exposition à des substances toxiques ou induits par un abus de drogues) ou encore versus des troubles du langage. L'historique de l'enfance devrait révéler des indices cliniques de TDAH depuis le jeune âge. Il est important de déterminer si le patient n'est distrait que lorsque les troubles spécifiques d'apprentissage présentent un défi, vérifier si les problèmes existent suite à un accident impliquant une blessure ou une commotion cérébrale ou suite à une période de consommation excessive de drogues.

Impacts sur le traitement

Les handicaps scolaires peuvent exiger un enseignement direct et intensif de même que la modification d'événements antérieurs au-delà du traitement pharmacologique et des stratégies de modification des comportements (c.-à-d. fondée sur les conséquences)²⁶⁴. Le médecin qui pose un diagnostic de TDAH chez un enfant ou un adolescent a une responsabilité dans la démarche pour l'aider à obtenir des accommodements scolaires appropriés. Si des troubles spécifiques d'apprentissage sont diagnostiqués, il est essentiel que les accommodements qui répondront aux troubles d'apprentissage de l'individu soient documentés. Il est probable que l'individu aura besoin d'accommodements pour cibler à la fois la productivité et l'apprentissage. Il est également important pour l'estime de soi de l'individu d'être en mesure de différencier son niveau global d'intelligence des déficits spécifiques qui peuvent être corrigés.

Des modèles de lettres demandant l'accès à des accommodements scolaires se trouvent au chapitre 6 dans la section documents de support 6A. Au cours des dernières années, les écoles ont été beaucoup mieux disposées et outillées pour fournir les accommodements appropriés aux enfants et adolescents atteints de TDAH. Ces accommodements s'inscrivent dans un processus d'égalisation des chances et ne devraient pas être perçus comme une preuve d'incompétence scolaire. Cela est vrai, pour tout le parcours académique de l'individu.

Conseil pratique: Des modèles pour faire la demande pour les tests psychopédagogiques et les accommodements peuvent être téléchargés à partir www.caddra.ca et imprimés sur votre papier en-tête. Vous pouvez les personnaliser et les adapter à vos besoins.

Obtenir des accommodements scolaires est un droit (reconnu par la Commission ontarienne des droits de la personne dans ses lignes directrice concernant l'éducation accessible²⁸). Bien que de certains conseils d'établissements scolaires à travers le Canada ne reconnaissent pas actuellement le TDAH comme condition d'admission automatique «d'élève en difficulté», cette situation est en train de changer. Autant la CADDRA, le regroupement national pour les médecins impliqués en TDAH, que la CADDAC, organisation nationale de réseautage des organismes de soutien et de représentation pour les parents et les personnes atteintes d'un TDAH, vont plaider auprès des ministères de

l'Éducation de toutes les provinces pour la normalisation des accommodements scolaires à travers le Canada. La CADDRA et la CADDAC croient que tous les troubles neurobiologiques et de santé mentale doivent être reconnus par les établissements scolaires afin que les personnes qui en souffrent puissent recevoir les soins multimodaux que ces troubles nécessitent.

Des services d'intervention complets pour les étudiants avec une comorbidité de TDAH et de TAS nécessiteront empiriquement des stratégies de traitement qui porteront.²⁴⁶

TDAH et le trouble d'opposition avec provocation (TOP)

Les comorbidités les plus fréquentes chez les enfants atteints de TDAH sont les problèmes de comportement, y compris le TOP, l'agressivité et la délinquance. La présence de TOP comorbide avec le TDAH est susceptible de générer un impact fonctionnel important et on s'attend à ce que ce résultat augmente le nombre de références en lien avec des demandes de traitement²⁹. Entre 25 à 75% des adolescents atteints de TDAH peuvent avoir un TOP associé³⁰. La distinction entre l'affirmation de soi d'un adolescent normal et le TOP n'est pas toujours facile. Chez les adultes atteints de TDAH, 12% répondent aux critères de diagnostic pour un TOP, mais seront probablement plutôt désignés comme ayant des traits de personnalité passive-agressive. Chez les adultes atteints de TDAH, il y a une certaine continuité de TOP²⁴⁷.

L'une des principales raisons pour laquelle se développe un TOP est la vulnérabilité parentale qui engendre de l'insécurité chez l'enfant qui répond par un besoin de contrôle et par une confrontation active avec l'autorité qu'il perçoit comme étant fragile. Le traitement psychosocial de base pour un TOP dans un tel contexte est de rétablir les frontières intergénérationnelles en utilisant des techniques parentales positives. Cependant, chez les patients atteints de TDAH avec un TOP comorbide, il est préférable que la première étape soit l'optimisation de la pharmacothérapie du TDAH, suivie par l'optimisation du traitement via des approches de type psychosocial dont les approches comportementales auprès des parents et autres techniques comportementales. Il est important de distinguer le TOP du Trouble de Conduite (TC). Les enfants atteints de TOP sont opposants et «négatifs» à répétition, adoptent des attitudes rebelles, hostiles et ont un comportement désobéissant en particulier envers les figures d'autorité, alors que ceux atteints de TC vont violer à répétition les droits fondamentaux d'autrui ou les normes sociales adaptées à l'âge par des gestes répétés d'agression, mensonges, vols et autres comportements délinquants³¹. Ces deux problèmes, autant le TOP que le TC, se manifestent généralement avant la puberté. Il est donc essentiel d'en faire un dépistage précoce, d'établir le diagnostic et de mettre en place un traitement tôt dans la vie de ces jeunes. Un TOP peut être prodromique de troubles de conduite dans certains cas, mais en est une évolution peu fréquente. Dans plus de 50% des cas de TOP, il n'y aura pas de TC. Il est donc important de se rappeler que beaucoup d'enfants atteints de TDAH avec TOP comorbide ne développeront pas de trouble de conduite³².

En résumé, certains patients atteints de TDAH et de TOP peuvent répondre de manière adéquate à des stimulants ou à des médicaments non stimulants (atomoxétine, guanfacine), mais les cas modérés à sévères sont susceptibles de nécessiter des interventions supplémentaires, soit l'ajout d'un autre médicament, soit un traitement comportemental. Un traitement efficace peut réduire le risque de conditions plus sévères à l'adolescence et à l'âge adulte, comme le trouble des conduites, la toxicomanie et la dépression.

TDAH et le trouble de conduite (TC)/agression

Un TDAH avec un TC comorbide est une condition grave et persistante qui apparaît précocement et qui est souvent précédée par un TOP. Par conséquent, il est important de distinguer entre les deux troubles comme indiqué ci-dessus^{32, 33}. Le TC n'apparaît pas toujours en période pré-pubère, un groupe d'enfants peut présenter un TC limité à la période de l'adolescence. La comorbidité de TDAH et TC chez un adolescent est souvent un précurseur de comportements antisociaux; augmente le risque de tabagisme et d'utilisation voire même d'abus de substances. La co-existence de TDAH plus TC augmente aussi le risque d'anxiété ou de dépression, et le développement de la personnalité antisociale à l'âge adulte^{34, 35}.

La pharmacothérapie (médicaments stimulants et non stimulants) peut être utile pour les patients atteints de TDAH plus

TC présentant un comportement agressif. Bien que les médicaments soient habituellement efficaces dans la réduction des symptômes du TDAH et de l'agressivité de type impulsif^{18, 36}, ces patients vont nécessiter généralement une approche de traitement multimodal. Les médicaments doivent cibler d'abord le trouble le plus sévère sous-jacent, pour ensuite se centrer sur des symptômes spécifiques résiduels. Certains patients démontrent un comportement agressif avant mais aussi pendant la durée du traitement. Il est donc important de documenter les comportements agressifs avant l'introduction de médicaments et de cibler de façon explicite ces comportements dans l'approche thérapeutique. Les médecins devraient établir la tolérabilité et l'efficacité du traitement et vérifier si et quand les patients manifestent de l'agressivité suite à l'initiation du traitement pharmacologique avec des médicaments pour le TDAH.

Les troubles de conduite sont généralement atténués par les traitements efficaces pour le TDAH (médicaments stimulants et non stimulants de même que les traitements psychosociaux^{36, 38}). Cependant, le traitement classique du TDAH pourrait ne pas suffire à résoudre tous les symptômes. Il sera nécessaire de combiner l'optimisation du traitement pharmacologique avec une approche de traitement multimodal comme des traitements psychosociaux, y compris des interventions individuelles et familiales. Certains spécialistes dans ce domaine peuvent utiliser des stabilisateurs de l'humeur ou un antipsychotique atypique. D'autres traitements (autre l'optimisation de médicaments pour le TDAH et les traitements psychosociaux) sont controversés et il est recommandé de référer à un spécialiste^{30, 39}.

La recherche montre que le TDAH et le TC représentent deux entités complexes et distinctes, souvent associées. Les enfants avec ces deux conditions associées, sans autre trouble comorbide ont des symptômes de base différents, et présentent aussi des résultats différents mesurés par les outils (échelles) de recherche objective de symptômes du TDAH. Les enfants avec ces comorbidités ont le pronostic le plus pauvre au sein de chaque groupe individuel⁴⁰.

Les chercheurs ont tenté de comprendre les raisons de la comorbidité élevée entre le TDAH et le TC. Ils ont émis plusieurs hypothèses:

- un trouble serait précurseur de l'autre;
- un trouble est un facteur de risque de développement de l'autre;
- ces 2 troubles partagent les mêmes facteurs de risque liés;
- il existe une base sous-jacente commune de symptômes pour un ou plusieurs de ces comportements^{41, 42}.

Le DSM-5 souligne que des aspects tels que l'apparition précoce (avant 10 ans), un niveau élevé de comorbidités et peu d'émotions prosociales (absence de remords ou de responsabilité; sans pitié - absence d'empathie; insoucieux de son rendement; superficiel ou très peu d'émotions) sont tous des indicateurs de mauvais pronostic et augmentent le risque de développement de troubles de la personnalité antisociale à l'âge adulte.

En résumé: La caractéristique essentielle du trouble de conduite est un comportement répétitif et persistant manifesté par la violation des droits fondamentaux d'autrui ou la violation des règles/normes sociales.

- **Le traitement psychosocial, la formation sur la guidance parentale et la résolution de problèmes, et la thérapie individuelle et/ou familiale sont nécessaires pour améliorer les résultats des patients.**
- **Le traitement pharmacologique pour la comorbidité TDAH / trouble de conduite peut exiger une combinaison de médicament pour le TDAH et un médicament qui cible l'agression.**

TDAH et le trouble de personnalité limite (TPL)⁴³

Le TPL peut se développer chez les deux sexes, mais il est plus fréquent chez la femme. Il est important de rappeler que l'individu doit être âgé de plus de 16 ans avant que le diagnostic formel de TPL puisse être appliqué. Bien que les patients atteints de TPL soient souvent impulsifs, instables et qu'ils aient aussi des difficultés au niveau des fonctions exécutives, la présence de rage, la sensation chronique de vide intérieur, la perturbation de l'identité, les symptômes dissociatifs, l'utilisation de mécanismes primitifs de défense, le développement d'actions délibérées autodestructrices, l'anxiété d'abandon et les gestes suicidaires différencient les deux troubles. Bien que les patients souffrant de TPL puissent être atteints de TDAH, le TPL est le trouble le plus sévère et plus susceptible d'influencer l'évolution et le pronostic. Par conséquent, le TPL devrait être traité et stabilisé avant de commencer le traitement du TDAH. Il faut

faire preuve d'une certaine prudence avec l'utilisation d'un traitement pharmacologique en raison du risque d'abus potentiel, d'usage erroné, de surdose, de détournement, d'activation et de dérèglement d'humeur.

Cependant, un traitement efficace du TDAH sous-jacent au TPL peut favoriser la participation active et efficace aux traitements psychosociaux du TPL. Les patients atteints de TPL qui ont des symptômes évidents de TDAH pendant leur enfance s'attendent souvent à ce que le traitement du TDAH à l'âge adulte résolve leurs problèmes de personnalité et ils sont frustrés qu'ils continuent de se battre. Dans de tels cas, il est impératif d'expliquer les limites du traitement du TDAH afin qu'ils ne réagissent pas avec une impression de rejet, un sentiment d'abandon, de rage ou de déception et de dévalorisation.

TDAH et le trouble de personnalité antisociale (TPA)⁴³

Certains jeunes atteints de TDAH et de troubles de conduite évoluent vers un TPA après l'âge de 18 (le critère d'âge est requis) et démontrent une absence de remords, de compassion et de conscience. Étant donné que certains patients atteints de trouble de personnalité antisociale peuvent être psychopathes et à la recherche de drogue, il est important de dépister au questionnaire lors de l'évaluation du TDAH la présence de cruauté, de comportements agressifs, de problèmes avec la justice et le vol. Le traitement du TDAH dans le contexte de TPA peut ne pas entraîner une amélioration fonctionnelle significative globale du patient, mais pourrait au moins améliorer leur degré d'impulsivité⁴⁵. Quels que soient les changements sur la concentration, l'hyperactivité ou l'impulsivité, l'impact fonctionnel ne sera pas le même si la cible d'amélioration des symptômes est dirigée seulement vers la réduction des activités antisociales plutôt que sur l'amélioration des relations interpersonnelles et des habiletés sociales.


TDAH et l'anxiété⁴³

Il y a des patients anxieux chez qui des problèmes de concentration, d'agitation et d'autres aspects de la dérégulation sont causés par un trouble anxieux primaire et non pas par le TDAH.

- Vérifiez s'il y a d'autres signes d'anxiété et les antécédents familiaux d'anxiété
- Vérifiez si le patient présente des symptômes du TDAH qui ne sont pas typiques pour l'anxiété tels que la recherche de stimuli, la désinhibition ou la difficulté avec la gestion et l'organisation du temps
- Déterminer si les symptômes se sont développés de novo à la suite de l'apparition récente d'anxiété ou un facteur de stress particulier.

Le cours naturel du TDAH évolue vers une intériorisation des symptômes. En conséquence, l'émergence de l'anxiété peut être une extension naturelle du TDAH. Les personnes avec TDAH de type inattentif ont une plus forte propension à l'anxiété, car elles ont généralement des tempéraments intériorisés. Cela est particulièrement vrai chez les femmes qui peuvent être très sensibles et qui ont principalement des symptômes plus importants de type inattentif prédominant. Cependant, être atteint d'un TDAH expose également l'individu à des situations négatives significatives et l'anxiété peut être une compensation en lien avec la réaction face aux stressors environnementaux (afin d'éviter des situations de conflit en raison de son impulsivité, l'individu utilisera l'anxiété pour créer un contrôle interne excessif). Une fois que l'anxiété se manifeste, l'attention peut être gravement compromise. En conséquence, la comorbidité d'anxiété et d'inattention dont souffrent certains patients entraîne des dommages significatifs à leur estime de soi, une sous performance au niveau académique et d'autres types de difficultés. Il existe plusieurs formes d'anxiété décrites dans le DSM-5 et elles ont toutes certains éléments communs:

- a) le message cognitif commence toujours par les mots «qu'est qui se passerait si ...» qui est le reflet d'une tendance à anticiper le pire concernant un événement ou un résultat avant qu'il ne se soit produit
- b) une tendance à s'accrocher à des croyances, pensées, émotions et effets (soit une difficulté d'être en mesure de facilement «laisser aller»)
- c) ce phénomène est probablement lié à l'activité accrue de noradrénaline
- d) le comportement anxieux conduit à une altération du fonctionnement.


Près de 33% des enfants¹⁸ ont une anxiété comorbide et ce nombre augmente à 50% chez les adultes⁵ atteints de TDAH. Une fois le type particulier d'anxiété identifié, les traitements sont généralement les suivants: 

- *Intervention comportementale*: thérapie de relaxation, yoga, méditation, exercices, simplifier leur environnement en se débarrassant de choses, en déléguant les activités anxiogènes, en améliorant leurs habiletés organisationnelles, etc.
- *Thérapie psychologique*: thérapie cognitive comportementale (TCC) et la thérapie individuelle mettant l'accent sur le trouble anxieux spécifique
- *Traitement pharmacologique*: si le TDAH est source d'anxiété, il faut traiter le TDAH en premier. Il peut y avoir un risque d'accroître l'anxiété à court terme, il est donc important de commencer très lentement et augmenter les doses progressivement. Si l'anxiété devient trop intense, le médicament pour le TDAH doit être réduit ou retiré et l'anxiété doit être traitée spécifiquement jusqu'à ce que les symptômes soient tolérables. Ensuite, les médicaments pour le TDAH peuvent être recommencés. N'importe lequel des médicaments pour le TDAH peut être utilisé avec succès en présence d'anxiété comorbide, bien que l'atomoxétine ait été jugée particulièrement utile dans la gestion de l'anxiété avec un trouble d'attention^{21,22}. En raison de l'inhibition 2D6, l'atomoxétine doit être utilisée avec prudence si combinée avec la fluoxétine ou la paroxétine par exemple.

TDAH et la dépression majeure⁴³ (DM)

Il y a un chevauchement considérable entre les tableaux cliniques de la dépression majeure et du TDAH. Les patients souffrant de DM (sans TDAH) peuvent présenter de l'inattention transitoire, des problèmes de mémoire à court terme, de l'irritabilité, de l'impulsivité, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, de l'agitation et avoir le besoin d'être en mouvement. Toutefois, la différence avec le TDAH est basée sur deux facteurs. La DM primaire est associée à une humeur triste ou dysphorique et à une incapacité à ressentir du plaisir (l'anhédonie). Typiquement, des épisodes de dépression sont épisodiques alors que les déficits de l'attention associés au TDAH sont continus. Une altération de l'humeur définie dans le temps est qualitativement différente des atteintes fonctionnelles chroniques quant au maintien de la concentration ou de la motivation qui sont typiques du TDAH. Il y a une différence entre la faible concentration présente lors de l'épisode dépressif et des atteintes fonctionnelles chroniques au niveau de l'organisation, l'impulsivité et la difficulté d'attention soutenue qui sont présentes dans le cas du TDAH et ce même quand la personne n'est pas déprimée. Dans le contexte d'une faible estime de soi ou de dépression possible, une évaluation minutieuse des risques de suicide doit être faite.

Les patients atteints de TDAH doivent souvent faire face à l'échec et peuvent être démoralisés, déprimés ou dysthymiques. Dans ce cas, ils présentent les deux troubles. Les patients atteints de TDAH peuvent aussi donner l'impression qu'ils ont un trouble de l'humeur quand ils n'en ont pas. Le manque de motivation peut ressembler à une anhédonie, une difficulté chronique à s'endormir et un sommeil agité peuvent ressembler à l'insomnie secondaire à la DM. Les patients atteints de TDAH ont généralement l'humeur difficile à auto-moduler, se décrivent comme émotifs et parfois irritables. Cependant, ce n'est pas typique pour le TDAH, en l'absence d'un trouble de l'humeur associé, de se présenter avec une humeur dépressive importante et durable. Au contraire, beaucoup de personnes atteintes de TDAH maintiennent une humeur raisonnablement bonne malgré le rejet chronique et des difficultés avec les relations interpersonnelles et avec les habiletés sociales. Certains patients atteints de TDAH sont négatifs ou chroniquement irritables en l'absence des principaux éléments neurovégétatifs retrouvés dans un trouble de l'humeur dépressif («la vie est ennuyante» ou «Je ne me suis jamais senti bien»). La désignation la plus appropriée pour cet attribut particulier serait trouble dépressif persistant (dysthymie), car ces symptômes ne sont pas inclus dans les critères diagnostiques pour le TDAH lui-même. Des antidépresseurs peuvent être utiles dans certains cas.

Il n'est pas rare que le TDAH et la dépression coexistent. Il peut être utile d'essayer de déterminer si la dépression du patient est secondaire au TDAH ou vice-versa. La dépression ou les symptômes dysphoriques peuvent aussi être secondaires à l'arrêt des médicaments qui étaient efficaces pour traiter le TDAH . Différentes lignes directrices diffèrent sur la séquence du traitement, mais cliniquement le trouble le plus significatif, c'est-à-dire le plus sévère, précoce et envahissant, est habituellement traité en premier. L'initiation du traitement par des stimulants chez un patient souffrant de dépression mélancolique non traitée peut causer des problèmes en entraînant une aggravation du sommeil déjà perturbé et la diminution de l'appétit.

Lorsque la dépression est associée à des problèmes dans l'environnement psychosocial, les stratégies de traitement incluant la thérapie individuelle (par exemple TCC) et la thérapie familiale sont surtout indiquées⁵. Cependant,

une intervention pharmacologique a été démontrée utile chez les adolescents et les adultes. La démonstration de l'efficacité clinique des antidépresseurs dans les cas de dépression chez les enfants est partagée. Les médicaments stimulants peuvent exercer un effet antidépresseur léger, mais peuvent aussi produire un effet dysphorique chez 30% des patients (même si le patient n'est pas cliniquement déprimé ou rapporte des signes de dépression). L'ajustement de la dose peut améliorer les symptômes dysphoriques, l'autre option étant de passer à un autre médicament pour le TDAH. Le traitement priorisé doit cibler le trouble qui entraîne les difficultés les plus invalidantes. Cela est particulièrement vrai en présence de risque de suicide. Si la DM continue d'être invalidante ou s'aggrave, la référence à un spécialiste est recommandée. Tous les médicaments utilisés pour traiter le TDAH ont un effet antidépresseur potentiel ou peuvent causer des symptômes thymiques particulièrement lorsque le patient qui les a interrompus recommence à les prendre. Si le risque de suicide est imminent, une référence immédiate à un spécialiste ou une intervention doit être effectuée. *En présence de symptômes dépressifs, le risque de suicide devrait être également évalué lors des visites de suivi.*

En résumé:

- **Les risques de suicide dans le TDAH proviennent principalement des comorbidités et pas des stimulants.**
- **Traiter en premier la condition la plus invalidante avec le traitement le plus efficace pour cette condition,**
- **Puis traiter l'autre trouble.**
- **Certaines données suggèrent que les traitements du TDAH peuvent être moins efficaces chez les patients souffrant de dépression active et peuvent conduire à une exacerbation de la dysphorie, des troubles du sommeil et de perte d'appétit.**
- **Si un patient se présente avec une dépression chronique persistante et un TDAH, ou une dépression légère et un TDAH, alors le TDAH devrait être la priorité puisque son traitement peut conduire à une amélioration des symptômes de l'humeur.**
- **Une dépression modérée à sévère doit être considérée comme une priorité, par la suite le traitement du TDAH devrait avoir lieu.**

TDAH et les troubles du spectre bipolaire

Lors de l'examen des troubles du spectre de présentations bipolaires (BP I, II, NOS), le risque de trouble bipolaire dans la population générale est d'environ 4%. Le risque augmente dans la population des adultes atteints de TDAH. La plupart des enfants atteints de TDAH ne vont pas développer un TB, mais un indice de suspicion élevé demeure, en particulier lorsqu'un enfant ou un adolescent présente des symptômes de dépression. Tout patient souffrant d'une apparition subite d'énergie, d'irritabilité, d'idées de grandeur et d'une diminution du besoin de sommeil qui entraîne une atteinte fonctionnelle souffre, jusqu'à preuve du contraire, d'un épisode maniaque/hypomaniaque.

Les enfants et les adolescents diagnostiqués avec un TDAH peuvent également être diagnostiqués avec un trouble bipolaire, mais ce diagnostic de comorbidité est controversé chez les jeunes enfants⁴⁴. Un échantillon de patients atteints de TDAH et de trouble bipolaire comorbide ont été comparés à un échantillon de patients TB sans TDAH. Ces patients atteints de TDAH avec un TB ont vécu des périodes d'apparition et de courtes périodes de bien-être à un âge plus précoce. Ils ont également été sujets à plus d'irritabilité, de violence, de problèmes juridiques et étaient moins éduqués. Cet échantillon a démontré plus de manie et de dépression de même que plusieurs tentatives de suicide. De plus, les patients atteints de TDAH et de trouble bipolaire avaient un plus grand nombre de comorbidités supplémentaires sur l'Axe 1⁴⁵.

Le traitement doit généralement commencer par la gestion des symptômes du trouble bipolaire en premier. Le traitement du TDAH avec un trouble bipolaire est généralement plus compliqué et nécessite souvent l'utilisation de stabilisateurs de l'humeur et/ou d'antipsychotiques atypiques. Il y a un très faible risque de passer d'une euthymie ou d'une dépression à la manie quand un patient bipolaire prend un médicament stimulant. Si cela se produit, le stimulant doit être interrompu et un traitement pour le trouble bipolaire doit commencer. Une fois l'humeur du patient est stabilisée, il faut recommencer prudemment le médicament stimulant (commencer à faible dose et aller lentement)^{248, 43}. Certains patients ont une forme précoce de TB caractérisée par des variations graves d'humeur, des crises de colère

intenses, de l'irritabilité et de la distractibilité et de l'hyperactivité associée à des comportements autodestructeurs impulsifs. Les caractéristiques distinctives comprennent des symptômes de grandeur, d'euphorie et le pattern de cyclicité. Les antécédents familiaux de TB sont importants. Cependant, les enfants de parents bipolaires sont aussi plus susceptibles d'avoir le TDAH dans 8-10% des cas, ce qui dépasse même le risque de développer un TB qui est à 5% des cas⁴⁵. D'autres caractéristiques distinctives comprennent des symptômes cycliques discrets de labilité émotionnelle en TB plutôt que des symptômes continus dans le TDAH, psychoses ou perceptions grandioses associée au TB ne sont pas présentes dans le TDAH, et possiblement l'apparition d'un état dépressif et la somnolence après des épisodes de rage dans les cas de TB par opposition à la récupération vers l'état habituel, de base, dans le TDAH à la suite d'une crise de colère.

DC À l'adolescence et à l'âge adulte, la TB doit être considérée comme le diagnostic principal s'il y a des symptômes d'humeur, de grandeur et d'hypersexualité importants, cycliques, épisodiques et distincts. Les stabilisateurs de l'humeur (le carbonate de lithium, les anticonvulsivants et les antipsychotiques atypiques) sont le traitement de choix pour le trouble bipolaire⁴⁶. Le traitement d'un trouble bipolaire ou d'une combinaison TB et TDAH requiert l'intervention en spécialité et une référence est requise.

TDAH et le trouble de la régulation émotionnelle

Les critères pour un diagnostic du trouble de la régulation émotionnelle (DMDD) sont entre autres: de graves explosions de colère récurrentes qui sont manifestement disproportionnées (verbales et/ou physiques) se produisant trois fois ou plus par semaine dans au moins deux moments différents pour 12 mois ou plus. Les diagnostics sont généralement faits entre les âges de 6 et 10 ans et ne peuvent pas être faits avant l'âge de 6 ans ou après l'âge de 18 ans. L'humeur généralement entre les accès de colère semble être irritable. Ce diagnostic a été créé pour répondre aux préoccupations concernant le risque d'excès de diagnostic et de traitement pour le trouble bipolaire chez les enfants²⁴⁶. Une étude menée par Copeland et al.²⁴⁹ sur quelques 3258 participants âgés de 3 à 17 ans a démontré un taux de prévalence de 0,8 % à 3,3%, avec le taux le plus élevé à l'âge préscolaire. Des études ont indiqué que le trouble de la régulation émotionnelle est un trouble fréquemment en combinaison de comorbidité (62 % à 92 %). Le plus haut taux de combinaison de comorbidité est avec la dépression (ratio de probabilité de 9,9 à 23,5) et le trouble d'opposition avec provocation (de 52,9 à 103,0). Le taux de cooccurrence avec le TDAH est de 2,9 à 12,6.

La condition a été associée à une altération sociale significative, la suspension de l'école, l'usage de substances et de la pauvreté. Ainsi, la possibilité d'un trouble de la régulation émotionnelle doit être envisagé chez les patients avec des explosions fréquentes de colère et d'humeur irritable, à la fois comme un différentiel ou en comorbidité avec le TDAH. Une combinaison de médicaments et d'interventions psychosociales est nécessaire pour traiter cette combinaison de comorbidité.

TDAH et le trouble du spectre autistique

Selon la littérature:

- Jusqu'à récemment, le TDAH n'était pas reconnu chez les personnes avec des troubles du spectre autistique, mais les chercheurs et les médecins reconnaissent maintenant l'importance de traiter les deux pathologies lorsque qu'elles coexistent et ont un impact fonctionnel
- Jusqu'à 58% des personnes atteintes d'autisme et 85% des personnes diagnostiquées sur le continuum de troubles du spectre autistique (précédemment dénommé syndrome d'Asperger) ont également tendance à répondre à l'ensemble des critères pour le TDAH²⁴
- Les déficits attentionnels dans l'autisme ont tendance à être plus de type «ne pas écouter» et «difficulté à changer son focus» que de type «attention de courte durée» et «distractibilité excessive»
- Les médicaments utilisés pour traiter le TDAH peuvent aider à réduire l'impact fonctionnel du TDAH chez la majorité des patients atteints de TDAH et de troubles du spectre autistique comorbides, mais l'effet est moindre que dans le TDAH seul
- Chez un patient présentant un tableau clinique dans le registre du spectre de l'autisme, on observe aussi une fréquence plus élevée d'effets secondaires tels que la dysphorie⁵¹

✓ **Le titrage de la posologie dans cette population doit donc être fait à un rythme plus lent pour minimiser les effets indésirables.**

TDAH et les dépendances

Abus de substances/toxicomanie (Substance Use Disorder - SUD)^{24, 52-56}

Le taux de comorbidité des troubles d'abus de substances et du TDAH est élevé. La littérature suggère que le quart des adultes avec un SUD et la moitié des adolescents avec un SUD souffrent aussi de TDAH. Les adultes avec un SUD démontrent également un risque plus élevé pour le TDAH, de même que l'apparition précoce et un SUD plus sévère associé avec le TDAH. Plusieurs auteurs révèlent qu'un taux plus élevé de SUD fut enregistré chez les adultes atteints de TDAH que dans la population générale et le TDAH en soi est un facteur de risque du SUD. Les patients atteints de troubles bipolaires ou de conduite cooccurrents avec un TDAH ont une plus grande probabilité de développer un SUD et un trouble comorbide majeure. Le TDAH était lié au SUD, mais l'effet principal était lié à des troubles de conduite.

Le TDAH peut être un prédicteur important d'initiation précoce aux cigarettes. Les personnes commencent par des cigarettes, puis l'alcool et d'autres drogues de dépendance. Il existe une certaine controverse sur le lien entre le traitement du TDAH et l'usage de substances. Certains chercheurs suggèrent que le TDAH et la «soif ressentie» d'un SUD partagent des similitudes neurobiologiques, aussi que le traitement du TDAH peut réduire «la soif» pour des substances et par la suite, réduire le risque de rechute. L'ensemble de la littérature semble suggérer que le traitement précoce de stimulant réduit ou retarde l'apparition du SUD et peut-être l'usage de cigarettes à l'adolescence, mais cet effet est perdu à l'âge adulte. L'hypothèse de l'automédication est plausible dans le TDAH. En outre, le faible niveau d'autocritique et l'impulsivité associés avec le TDAH peuvent faciliter le développement du SUD.

La cocaïne et l'abus de stimulants ne sont pas surreprésentés dans le TDAH. En fait, la marijuana continue d'être la substance la plus couramment consommée. Le méthylphénidate ne possède pas le même le risque d'abus que la cocaïne dû à une dissociation plus lente au point de départ, une absorption plus lente dans le striatum et une liaison et une dissociation plus lentes de la protéine transporteuse de la dopamine par rapport à la cocaïne.

Le groupe d'individus atteints de TDAH qui est plus à risque d'usage erroné et de diversion sont ceux souffrant de toxicomanie et des troubles de conduite. Les médicaments à libération immédiate et, à un moindre degré, les médicaments à libération prolongée avaient été détournés ou mal utilisés. Les besoins quant aux types de traitement pour des personnes atteintes de TDAH et de SUD doivent être envisagés simultanément; cependant celui pour le SUD doit être considéré en premier, si possible. Si le SUD est actif, une attention immédiate doit être faite pour stabiliser la dépendance. Selon la gravité et la durée du SUD, les individus peuvent nécessiter un traitement en milieu hospitalier. Les groupes d'entraide et une TCC peuvent également être utiles. Les personnes atteintes de SUD avec un TDAH nécessitent des interventions pour le TDAH (et, le cas échéant, pour des troubles psychiatriques comorbides). Les patients atteints de TDAH et de SUD nécessitent une intervention multimodale intégrant à la fois un traitement pour la dépendance et pour le problème en santé mentale^{52, 54-57, 43, 250-252}.

Les patients atteints de TDAH présentent un risque significatif d'utiliser des substances illicites (en particulier la nicotine, la cocaïne et cannabis) et ce, à un âge plus précoce que la population générale⁵⁴. Les troubles concomitants avec le TDAH, comme les TC et TPL, augmentent la probabilité de toxicomanie⁵⁵. Bien que les patients atteints de TDAH puissent s'auto-médicamenter avec des substances illicites, il est important de dissiper leur conviction que l'utilisation de substances illicites représentent un avantage thérapeutique positif. L'abus et la dépendance aux substances illicites est un diagnostic en soi et les données à ce jour ne démontrent pas que le traitement du TDAH dans cette population (toxicomanie installée) permettra à lui seul d'éliminer l'abus de substances⁵⁶. Il est donc essentiel d'explorer les antécédents de consommation et de rechercher la présence de toxicomanie en entrevue individuelle.

Conseil pratique: Avec un adolescent, lui demander en premier si ses amis utilisent des drogues ou d'alcool. Une réponse positive suggère qu'il/elle est un sujet à risque élevé. En présence de toxicomanie, il existe une controverse sur le moment opportun d'amorcer le traitement pharmacologique du TDAH. Même si le Comité des LDC estime qu'il est important de traiter en premier la problématique de consommation de substances (abus/dépendance), il reconnaît aussi que le traitement concomitant du TDAH peut être nécessaire.


Les patients atteints de TDAH ont un risque deux fois plus élevé de développer de la toxicomanie et de la dépendance,

y compris l'utilisation quotidienne de marijuana, d'alcool, de tabac et d'autres drogues⁵⁷. Par ailleurs, il est aussi vrai que les patients (qui n'ont peut-être pas de TDAH) mais qui présentent des problèmes d'abus/dépendance et qui consomment activement vont aussi développer des symptômes d'attention, de comportement et d'autocontrôle qui imitent le TDAH. Pour cette raison, nous ne recommandons pas de poser un diagnostic de TDAH d'emblée en présence de toxicomanie active ou de dépendance, même si l'historique de l'enfance est positif. Le diagnostic primaire dans ce cas est le problème de toxicomanie et le diagnostic de TDAH doit être reporté jusqu'à ce que le patient soit réhabilité (sobriété). Le traitement du TDAH chez les patients qui consomment de la marijuana sans dépendance ou abus est controversé, et les risques et les avantages de cette approche n'ont pas été étudiés. L'usage de marijuana «pour se calmer ou pour s'endormir» est extrêmement fréquent chez ces personnes. Refuser l'accès au traitement du TDAH comporte un risque en soi et le traitement peut aussi aider à réduire l'automédication. La marijuana peut être combinée avec des substances qui sont plus dangereuses et il est peu judicieux d'utiliser un médicament pour aider un patient à se concentrer lorsqu'il s'auto-médicamenté avec une substance qui altère les capacités d'attention à long terme.

Selon la littérature actuelle:

- le méthylphénidate n'a pas le même risque d'abus que la cocaïne en raison d'une dissociation plus lente à partir du site d'action, une captation plus lente dans le striatum et une vitesse plus lente aussi au niveau de liaison et de la dissociation de la protéine transporteur de la dopamine par rapport à la cocaïne
- selon certaines études, 11% des sujets atteints de TDAH ont vendu leurs médicaments et 22% abusent de leur médicament par rapport à 5% des contrôles. Le groupe TDAH le plus à risque de détournement et d'abus est ceux avec une problématique de consommation de substances illicites et un trouble des conduites comorbides. Des stimulants à libération immédiate, mais pas à libération prolongée, ont été détournés ou mal utilisés dans cette population
- les patients atteints de TDAH et toxicomanie nécessitent une intervention multimodale intégrant à la fois le traitement de la toxicomanie et le traitement du problème en santé mentale.


TDAH et autres dépendances

La nécessité d'une rétroaction immédiate, le désir de récompenses et la recherche de risques augmentent la vulnérabilité des patients atteints de TDAH à des dépendances qui comprennent non seulement l'abus de substances, mais aussi une consommation excessive ou trop intense dans des domaines comme le sport, le magasinage, la dépendance à Internet et les jeux. Par conséquent, il est essentiel que tout dépistage pour un TDAH inclue la recherche de ces problématiques. Il est suggéré de commencer par une question générale au sujet des dépendances, suivi d'une évaluation plus détaillée et que les deux troubles soient traités séparément . Il n'existe aucune preuve que le traitement du TDAH traitera la dépendance ou que la résolution de la dépendance conduira à une amélioration des symptômes de base du TDAH.

TDAH et l'énurésie

Le traitement de l'énurésie peut être amélioré par l'initiation de médicaments, en particulier si la symptomatologie est diurne. L'énurésie nocturne nécessite souvent une gestion distincte. L'intervention la plus efficace pour l'enfant motivé et sa famille est un système de conditionnement basé sur une alarme. Les options de traitement pharmacologique peuvent inclure l'utilisation de la desmopressine, DDAVP, l'imipramine et l'atomoxétine (récemment démontré)⁵⁸⁻⁶⁰.

TDAH et les tics⁶¹⁻⁶⁴

Le tic le plus courant est le clignement des yeux. Les tics se présentent sous forme de mouvements phoniques ou physiques. La recherche sur les tics et le TDAH est complexe et c'est peut-être un problème où les statistiques populationnelles ne se transposent pas toujours au niveau du individuel . Les stimulants n'en sont pas la cause, mais ils peuvent être impliqués en démasquant les tics sous-jacents. Il existe certaines données montrant que l'atomoxétine peut améliorer les tics, mais peut aussi contribuer à l'émergence de tics. Certaines études récentes suggèrent:

- les patients avec syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) en comorbidité avec le TDAH peuvent souffrir d'atteintes fonctionnelles plus sévères davantage reliées au TDAH qu'aux tics
- les interventions thérapeutiques pour le SGT comprennent l'éducation sur les tics et les maladies apparentées, la


surveillance clinique, les traitements pharmacologiques ou psychologiques et les interventions en milieu scolaire pour les enfants au besoin

- certaines études indiquent que le méthylphénidate est un traitement sûr et efficace pour le TDAH chez la plupart des enfants atteints de tics comorbides
- les agonistes alpha-2-adrénergiques tels que la clonidine et la guanfacine XR (Intuniv) se sont révélés prometteurs dans le traitement des tics, en particulier en combinaison avec le TDAH.


TDAH et l'épilepsie

Certaines études ont suggéré une incidence plus élevée des symptômes du TDAH chez les enfants atteints d'épilepsie. Les cinq conditions associées fréquemment à l'épilepsie sont la perte de la santé osseuse et fractures, les accidents cérébrovasculaires, la dépression, la migraine et le TDAH⁶⁵. D'autres recherches ont noté une forte tendance vers une plus grande incidence d'épilepsie chez les enfants atteints de TDAH que chez les enfants sans TDAH⁶⁶ et l'épilepsie chez les enfants atteints de TDAH semble être plus sévère. Enfin, il semble y avoir une réticence à diagnostiquer et à initier le traitement du TDAH chez les enfants atteints d'épilepsie⁶⁷.

Il semble y avoir une certaine réticence à diagnostiquer et commencer le traitement du TDAH chez les enfants atteints d'épilepsie⁶⁷. Des données antérieures indiquent que les médicaments stimulants peuvent abaisser le seuil épileptogène, bien que les données actuelles suggèrent l'utilisation de stimulants et non-stimulants dans la plupart des cas.

Les patients épileptiques adultes qui ont bénéficié d'un allègement de traitement avec le méthylphénidate démontré une meilleure qualité de vie sans altération significative de la maîtrise des crises en présence de médicaments antiépileptiques^{68, 254}. L'apparition de nouvelles crises peuvent être gérées avec l'ajout d'un médicament antiépileptique. Certaines études suggèrent que les interactions médicamenteuses entre le méthylphénidate et les médicaments antiépileptiques inhibent le métabolisme et augmentent le niveau de médicaments antiépileptiques (AE)⁶⁹ . Une approche conservatrice est toujours indiquée pour les patients souffrant d'une comorbidité de TDAH et de trouble épileptique. Toutefois, le TDAH peut être traité pour la majorité des patients atteints d'épilepsie⁶⁹.

TDAH et les atteintes cérébrales (de toute étiologie)⁷⁰⁻⁷⁴

Les individus de tous âges atteints de TDAH sont plus à risque de blessures physiques parce qu'ils sont impulsifs, hyperactifs et inattentifs . Toute lésion du cerveau, en particulier aux lobes frontaux, peut produire un syndrome connu sous le nom de TDAH-Secondaire (TDAH-S). Les traumatismes cérébraux peuvent aussi aggraver les symptômes du TDAH préexistant. Les enfants et les adolescents atteints de TDAH sont trois fois plus susceptibles de subir un traumatisme crânien modéré ou sévère que leurs pairs sans TDAH. Les enfants et les adolescents présentant un traumatisme crânien modéré ou sévère ont une probabilité de 20% de développer un TDAH-S. La littérature sur les adultes est moins claire. Le TDAH-S peut être traité selon les mêmes principes et avec les mêmes médicaments que le TDAH classique, mais la littérature sur ce sujet n'est pas aussi étendue que pour le TDAH.

Étant donné que les commotions cérébrales et les lésions cérébrales sont des problématiques relativement fréquentes, il est recommandé que tous les patients en cours d'évaluation pour un TDAH soient interrogés pour savoir s'ils ont déjà eu une commotion cérébrale ou un traumatisme crânien dans le passé. Il est généralement admis que plus grave est la blessure cérébrale, plus grande est la probabilité de développer ou d'aggraver le TDAH. C'est le seul cas où un patient peut présenter des symptômes de novo de TDAH, sans en avoir présenté auparavant dans leur vie, avant le traumatisme crânien. Les accidents impliquant des véhicules automobiles sont la principale cause de traumatismes crâniens et les patients atteints de TDAH ont besoin de recevoir des conseils spécifiques sur la conduite automobile lorsque le médicament est efficace. (S'il vous plaît consulter la section sur le TDAH et la conduite automobile.) La littérature sur les lésions cérébrales non traumatiques acquises telles que le syndrome d'alcoolisme fœtal ou d'un AVC est moins évidente, mais beaucoup de patients avec des symptômes de TDAH peuvent répondre aux traitements standards. Les patients souffrant de lésions cérébrales peuvent être plus sensibles aux médicaments, il est donc recommandé de commencer avec des doses plus faibles. Cependant, comme pour tous les patients, le meilleur conseil est de débiter à faible dose, augmenter lentement, mais de persister avec des ajustements de dosage supérieur


jusqu'à ce que les symptômes soient réduits ou que les effets secondaires soient évidents ou que la posologie maximale soit atteinte.

TDAH et les troubles du sommeil

25% à 50% des enfants et plus de la moitié des adultes atteints de TDAH souffrent de troubles de sommeil selon les études. Le sommeil joue un rôle primordial dans la fonction cognitive, l'apprentissage et la consolidation de la mémoire. La privation de sommeil et les troubles de l'architecture du sommeil peuvent entraîner des symptômes variables en gravité, allant des difficultés non reconnues dans les performances cognitives jusqu'à une somnolence et/ou fatigue qui influence de façon notable les fonctions cognitives, émotionnelles et physiques, donnant lieu à un tableau qui ressemble au TDAH ou exacerbant les symptômes d'un TDAH comorbide⁷⁵.

Toutefois, il n'est pas clair si les troubles du sommeil sont intrinsèques au TDAH ou s'ils se produisent à la suite d'un trouble primaire de sommeil sous-jacent. D'une part, si les troubles du sommeil dans le TDAH sont causés par un trouble primaire de sommeil sous-jacent, la mesure dans laquelle les symptômes de type TDAH sont attribuables à la maladie du sommeil n'est pas suffisamment étudiée. La manifestation des symptômes de type TDAH dans les troubles du sommeil primaires tels que les troubles respiratoires du sommeil (TRS), les mouvements périodiques des membres pendant le sommeil (MPMS) dans le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et les troubles de la somnolence diurne excessive (SDE) comme la narcolepsie et l'hypersomnie idiopathique (HI) ont été documentés⁷⁶. Compte tenu de la similitude de la présentation des symptômes entre le TDAH et les troubles primaires du sommeil, il a été suggéré que ceci peut augmenter le risque d'erreur diagnostique entre ces deux troubles⁷⁷.

D'autre part, l'association entre les troubles du sommeil et la symptomatologie de type TDAH semble s'étendre à la structure du cerveau. Les études de neuroimagerie ont démontré des changements métaboliques similaires dans le cortex préfrontal (CPF) de patients atteints de TDAH et des sujets privés de sommeil⁷⁸. Certaines zones du cerveau qui sont affectées dans le TDAH sont les mêmes qui sont impliquées dans la régulation du sommeil. L'activation des zones du cortex par le mésencéphale et le locus coeruleus (LC) est nécessaire pour une attention soutenue et la vigilance⁷⁹.

L'attention et la vigilance à leur tour sont des propriétés qui définissent l'état de veille, et le processus autonome qui permet de passer de l'état de veille à l'état de sommeil et l'inverse est régi par les changements en lien avec le degré d'excitation du cerveau. Dans le TDAH, on a rapporté que les sujets semblent présenter des problèmes au niveau du degré d'activation cérébrale et des atteintes dans le fonctionnement cortical . Ainsi, il a été proposé que les troubles du sommeil comme l'insomnie ou l'hypersomnie résultent d'un état d'éveil pathologique, d'un état d'excitation corticale anormale et, par conséquent, ces problèmes de sommeil seraient intrinsèques au TDAH⁸⁰.

TDAH et le trouble obsessionnel compulsif (TOC)⁸²⁻⁸⁶

Certaines études suggèrent qu'un tiers des enfants et des adolescents atteints d'un trouble obsessionnel compulsif peuvent également être atteints de TDAH. Les médecins qui évaluent des patients pour un TDAH devraient toujours s'informer des symptômes de TOC pour établir un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif. Le traitement des deux troubles doit être mené simultanément. Les médicaments utilisés pour traiter le TDAH ne sont pas efficaces pour le traitement d'un trouble obsessionnel compulsif et inversement. La TCC est souvent efficace dans le traitement de certains types de TOC.

TDAH et le trouble développemental de la coordination

Bien qu'il n'y ait pas de taux précis de la prévalence de la comorbidité de ces deux troubles, il semble que lorsque le TDAH se produit en présence de troubles de la coordination présents depuis l'enfance, la réponse au traitement serait faible dans une haute proportion (58% des cas)⁸⁷. Une mauvaise écriture (difficilement lisible ou de type brouillon par exemple) des problèmes d'équilibre et de la dyslexie peuvent être liés à un dysfonctionnement du cervelet et être associés au trouble du développement de la coordination. L'évaluation en ergothérapie est justifiée pour émettre des recommandations. Pour pallier aux problèmes d'écriture, il est suggéré d'entraîner l'enfant à apprendre à utiliser le clavier et utiliser certains logiciels (par exemple la reconnaissance vocale).

TDAH et troubles des conduites alimentaires

En 2004, Kooij a suggéré que la boulimie était plus fréquente chez les patients atteints de TDAH que chez les patients sans TDAH²⁵⁵. En 2005, Wentz et al. ont révélé que le TDAH est plus répandu dans l'anorexie mentale de type purge²⁵⁶. En 2007, Biederman a indiqué que les femmes souffrant d'un TDAH sont 3,6 fois plus susceptibles de répondre aux critères des troubles des conduites alimentaires²⁵⁷. En 2007, Sobanski a révélé que le taux de prévalence du TDAH chez les troubles des conduites alimentaires est de 11,4%²⁵⁸. Ainsi, les femmes souffrant d'un TDAH devraient être examinées pour un trouble des conduites alimentaires, et vice versa. Des patients souffrant d'anorexie et d'un TDAH pourraient demander un traitement pour le TDAH afin de perdre du poids.

TDAH et l'obésité

«Il existe une forte association entre le surpoids/l'obésité et des symptômes du TDAH chez les enfants, les adolescents et les adultes. Il est suggéré que les comportements d'inattention et impulsifs qui caractérisent le TDAH pourraient contribuer à la suralimentation. La consommation d'aliments de restauration rapide riches en gras, en sucre et en sel peut être un facteur contribuant à l'obésité chez les patients atteints de TDAH comme une forme d'automédication ou de toxicomanie. Cette hypothèse peut être étayée par le fait que la toxicomanie est nettement plus élevée chez les personnes souffrant d'un TDAH que chez la population générale. Des recherches complémentaires sont nécessaires dans ce domaine.» [pris de Davis, C: Attention deficit/hyperactivity disorder: associations with overeating and obesity²⁵⁹]

CHAPITRE 3: QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU TRAITEMENT DU TDAH CHEZ LES ENFANTS: INTERVENTION AVEC LES PARENTS D'ENFANTS DIAGNOSTIQUÉS AVEC UN TDAH

Objectifs:

1. Informer les familles sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement du TDAH et leur donner les moyens d'aider leur enfant à surmonter les problématiques liées à ce trouble potentiellement handicapant.
2. Assister les familles dans l'acceptation et la compréhension du diagnostic de TDAH et des possibilités de traitement. Ce processus se déroule au fil du temps.
3. Faire participer les familles dans la planification de l'approche thérapeutique.
4. Orienter les familles vers des ressources et de l'aide communautaire pour leur permettre de continuer d'apprendre sur la maladie et sur la façon dont ils peuvent soutenir le traitement à la maison.

Expliquer le TDAH

Tout d'abord, les parents doivent être informés que le **TDAH est une condition neurobiologique avec une forte étiologie génétique**, qu'il implique un certain nombre de différents neurotransmetteurs et affecte certaines régions du cerveau. L'importance de cette discussion est de relier tout traitement pharmacologique à la physiologie de la condition telle que nous la comprenons.

Tout le monde peut présenter des symptômes du TDAH de temps à autre, mais les gens atteints de TDAH présentent ces symptômes de façon plus fréquente, intense et avec un impact fonctionnel. Ce n'est pas un désordre d'intention ou de manque de volonté. Plusieurs personnes atteintes de TDAH vont présenter des domaines de vie où ils arrivent bien à se concentrer (par exemple, dans les sports, la musique, les jeux vidéo, les arts, les activités manuelles).

Connecter la nature biologique du TDAH à la présentation comportementale. Le TDAH affecte le comportement, les relations interpersonnelles et le rendement académique. Il est important de dissiper le blâme et de rassurer les parents et l'enfant que ce n'est la faute de personne, mais c'est plutôt le résultat du développement et du fonctionnement du cerveau.

L'approche thérapeutique - le traitement multimodal. Tous les aspects affectés de la vie de l'enfant doivent être traités par une approche multimodale qui touche aux problèmes sociaux, émotionnels, comportementaux et scolaires. Les médicaments sont un aspect important du traitement et aident à faciliter les changements dans ces domaines.

L'enfant aura besoin de **soins à long terme** vu les défis pouvant se produire au début de chaque année scolaire, les transitions de l'adolescence vers l'âge adulte et les modifications ou les facteurs de stress au sein de la famille. Les parents doivent être prêts à relever les défis qui peuvent affecter la santé physique et mentale de leur enfant ainsi que la stabilité de leur propre relation.

Choix de traitement

Thérapies psychosociales: guide général

Environnement

Promouvoir la sécurité à la maison, plus particulièrement pour un enfant hyperactif impulsif. La première étape est la sécurité physique (par exemple sécuriser la maison, avoir de grands espaces extérieurs qui peuvent être utilisés en toute sécurité et faciles à surveiller, prévoir des moments pour bouger physiquement). Il est également nécessaire de créer une approche structurée, positive et calme pour l'éducation de l'enfant qui non seulement optimise une progression appropriée du développement, mais permet aussi une réponse plus acceptable pour l'établissement des limites. Surtout, il est essentiel que les parents conservent une relation positive et agréable avec leur enfant en

encourageant son estime de soi. Ainsi, faire des activités dans lesquelles l'enfant excelle ou qu'il aime est très important. Être parent signifie encadrement, aide, assistance, mais aussi avoir du plaisir. L'école devrait fournir un environnement similaire à celui de la maison et les parents doivent communiquer cet agenda.

Le fait de familiariser les enfants à un encadrement constant contribue à les rendre plus calmes. L'encadrement se définit par une communication claire, des routines, une diminution des distractions perturbatrices et par la promotion de l'organisation en matière de temps (indices physiques, horloges, échéanciers, calendrier), d'espace et d'activités. La création d'un environnement optimal nécessite de prendre en compte le niveau de bruit, la proximité des irritations visuelles, la sensibilité à l'odeur et aux irritations physiques de même qu'environnementales. L'établissement de limites cohérentes et appropriées selon l'âge avec des conséquences adéquates (positives et négatives) est également crucial. Les parents devront plaider en faveur de leur enfant avec le personnel scolaire afin que les accommodements prévus soient semblables à ceux de la maison, procurant un encadrement similaire pour l'enfant dans ces deux environnements. Un élément important à considérer est la période de temps libre non structuré durant la récréation et l'heure du repas. Durant cette période l'enfant avec un TDAH est plus à risque de «se mettre dans le trouble», cette période étant entre-autre critique pour lui permettre de dépenser son surplus d'énergie. Comme ces périodes de pauses sont essentielles pour tous les enfants, incluant ceux qui ont un TDAH, l'école doit s'assurer que ceux-ci soient supervisés durant ces moments. Retirer une période de pause ne doit jamais être utilisé comme conséquence dans les cas d'enfants atteints de TDAH. Il est utile que l'école puisse fournir des activités structurées.

Améliorer l'estime de soi

Bâtir la confiance de l'enfant et le sentiment de compétence, par la découverte et le renforcement des choses dont il/elle aime et/ou fait bien, fait partie de la manière de travailler avec un enfant qui est atteint de TDAH. L'enfant peut ne jamais être invité à des fêtes d'anniversaire, mais pourrait être remarquable avec les animaux ou en situation de tête à tête avec un de ses grands-parents. Un enfant peut avoir des difficultés à travailler en position assise, mais peut exceller dans la reconstitution mécanique. Un enfant peut rencontrer des problèmes en étant rêveur en classe, mais être doué d'une imagination fertile que les autres lui envient. Plus la famille identifie et renforce les atouts de l'enfant, plus il est facile de faire face aux frustrations qu'engendrent les difficultés liées au TDAH, et plus l'enfant se sentira comme un membre de la famille. Il s'agit d'un facteur clé dans le développement de la résilience.

Interventions spécifiques utiles (voir chapitre 6 pour plus de détails sur les interventions psychosociales et les traitements)

Il existe plusieurs problèmes associés au TDAH qui doivent être traités en plus des symptômes du TDAH. Le médecin peut utiliser les ressources de la communauté pour offrir un soutien supplémentaire à l'enfant et sa famille: ce peut être une référence à un psychologue, ergothérapeute, travailleur social, éducateur spécialisé, thérapeute en comportements, etc. La disponibilité et l'organisation des ressources pour soutenir les enfants atteints de TDAH varient selon les communautés, il est fréquent que l'accès à certaines ressources soit dicté par les ressources financières de la famille.

- Comportementale**⁸⁸⁻⁹³: Apprentissage des habiletés sociales
Gestion de la colère
Formation pour les parents
- Éducative**⁹⁴⁻⁹⁶: Organisation des méthodes de travail et développement de compétences scolaires
Amélioration des domaines académiques spécifiques
- Psychologique**: Thérapie individuelle telle que la thérapie cognitive comportementale (TCC)⁹⁷⁻¹⁰⁴, psychothérapie interpersonnelle (TPI)^{105,106}, thérapie par le jeu¹⁰⁷⁻¹⁰⁹, thérapie par les arts¹¹⁰, psychothérapie de soutien^{111,112}, thérapie familiale¹¹³
- Style de vie**: Bonne alimentation
Bonne hygiène de sommeil
Activité physique régulière¹¹⁴⁻¹¹⁶
Activités parascolaires

Médicaments

Les parents doivent être informés que même si les médicaments sont utiles, ils n'offrent pas une «guérison». Le médecin doit discuter des risques et avantages des diverses options de traitement pharmacologique, y compris les stimulants à court et à longue durée ainsi que les médicaments non stimulants. De plus, une discussion devra avoir lieu sur les attentes des parents face aux médicaments, en dissipant les mythes, en révisant les risques de non traitement, les résultats à long terme et les alternatives de traitement, le cas échéant. L'approche du médecin face à son patient doit être celle d'un allié pour tenter de pallier aux impacts fonctionnels causés par le TDAH et que les médicaments facilitent l'amélioration du fonctionnement dans de nombreuses sphères de la vie. Utiliser l'analogie du traitement de l'asthme peut être utile. Un inhalateur fonctionne rapidement et procure un soulagement presque complet, mais ne traitera pas l'ensemble de la pathologie. Identifier les éléments déclencheurs, comme une allergie aide chat, changer le style de vie de la personne et améliorer les facteurs qui favorisent la résilience est le but ultime pour, éventuellement, réduire ou éliminer l'utilisation à long terme de l'inhalateur. Malheureusement, dans l'asthme comme dans le TDAH, il est souvent nécessaire de continuer à utiliser les médicaments malgré les efforts pour modifier son style de vie et l'environnement.

Parents et situation à la maison

Compréhension de la dynamique familiale

Afin d'intervenir efficacement auprès des parents, il faut avoir un tableau complet des antécédents médicaux et psychiatriques de chaque parent, le niveau de fonctionnement actuel et passé dans divers domaines (par exemple professionnel, scolaire, social et affectif) de même que leur relation de couple. Le portrait familial devrait aussi être étendu aux forces et faiblesses de la relation entre le(s) parent(s) et l'enfant, la fratrie et les autres membres importants de la famille (tels que les grands-parents, oncles/tantes, beaux-parents, demi-frères et demi-sœurs).

Psychopathologie parentale

Une possible psychopathologie chez les parents ou membres significatifs de la famille doit être explorée, car elle peut avoir des répercussions chez l'enfant et son traitement. Des conditions telles que la dépression ou l'anxiété maternelle, un abus de substances chez le père, le TDAH et les troubles de personnalité doivent être pris en considération. Il est nécessaire que le clinicien évalue ces problématiques en entrevue directe ou via des questionnaires basés sur les symptômes. La littérature et la recherche appuient le fait que le TDAH est souvent héréditaire. On retrouve souvent plusieurs personnes atteintes de TDAH dans la même famille^{43, 117}. Une grille d'évaluation du TDAH comme l'Inventaire des symptômes du TDAH peut être utilisée comme un instrument de dépistage pour les autres membres de la famille, car ils ont été conçus pour tout groupe d'âge ou selon la personne qui fournit les informations. Les parents, frères, sœurs et les autres membres de la famille élargie peuvent avoir un TDAH et donc avoir des problèmes d'organisation, de cohérence, d'impulsivité et de labilité émotionnelle. De plus, avoir un enfant avec un handicap peut augmenter la probabilité de toxicomanie, dépression et anxiété chez les parents¹¹⁸. La psychopathologie des parents peut avoir un impact significatif sur la capacité des parents à encadrer, contrôler et généralement aider leur enfant^{119, 120}.

L'identification de cette psychopathologie et le fait de référer les parents pour un traitement approprié permettront d'améliorer l'état psychiatrique des parents et leurs compétences parentales, et par conséquent apporter une grande aide à l'enfant et sa famille. Les parents qui sont de mauvais modèles, comme un père ou une mère qui passe jour et nuit à jouer des jeux d'ordinateur ou qui oublie de faire des listes, manque des rendez-vous importants, oublie de prendre ou donner des médicaments, etc, ont de la difficulté à s'engager et ne font souvent pas les changements de styles de vie nécessaires pour réussir à la maison.

Stresseurs environnementaux

Les familles ont de nombreux défis internes et externes avec lesquels ils doivent vivre (par exemple des problèmes médicaux, le chômage, la pauvreté, les traumatismes, la monoparentalité ou la mésentente conjugale) et ces défis doivent être pris en compte lorsque l'on travaille avec eux. À chaque fois que cela est possible, une tentative doit être faite pour travailler avec les deux parents afin que l'enfant ait l'avantage d'avoir l'aide de ses deux parents et de

bénéficier de la cohérence dans leurs approches. Le partage de cette responsabilité permet également, de s'assurer que l'un des deux parents ne soit pas débordé. Beaucoup d'enfants atteints de TDAH vivent dans des familles séparées où l'enfant va et vient entre les ménages. Les enfants peuvent vivre dans des maisons sans qu'il y ait une cohérence parfaite dans la routine. Toutefois, il est essentiel que les parents ne portent pas atteinte aux efforts ou à l'intégrité de l'autre parent et qu'ils travaillent ensemble. Il est grandement avantageux pour l'enfant de savoir que la question du diagnostic et des médicaments n'est pas une source de conflit entre les membres de sa famille. S'il existe un conflit entre les parents concernant le choix d'un traitement spécifique, nous suggérons que le clinicien rencontre les deux parents ensemble ou séparément pour s'assurer qu'ils ont en main les éléments d'information pour les guider. Identifier les sources d'inquiétudes et d'interrogations et en discuter peut aider à réduire le conflit au niveau des points centraux en lien avec le traitement.

Encadrement des enfants et compétences de surveillance

Pathologie parentale affectant l'encadrement et la surveillance¹¹⁹

Si un ou les deux parents sont atteints de dépression, TDAH, abus de substances, (ou autre psychopathologie) ou ont des conflits maritaux, alors leurs capacités à effectuer des tâches, de noter et de surveiller les changements peuvent être altérées. Il est important pour le ou les parents d'être traités en même moment que leur enfant. Cette intervention qui implique «toute la famille» est bénéfique pour l'enfant, car elle lui montre que ses parents peuvent être empathiques avec ce qu'il vit. Lorsque les parents apprennent à contrôler leur propre vie, il leur est plus facile de mettre en place de l'encadrement dans la vie de leur enfant.

Surveillance des changements

Gestion des médicaments

Utiliser de façon répétitive des échelles d'évaluation, comme l'Inventaire des symptômes du TDAH, le SNAP-26, le formulaire d'évaluation pour l'enseignant et le WFIRS-P, est un moyen très efficace de noter les fluctuations dans les symptômes invalidants, particulièrement lorsque c'est toujours la même personne qui remplit les formulaires. Cependant, l'amélioration des résultats académiques ne devraient pas être l'ultime objectif. De même, la performance scolaire ne devrait pas être utilisée pour mesurer les impacts du traitement. Cette façon de faire est la plus souvent utilisée pour déterminer la dose appropriée des médicaments. Ceci peut être fait à chaque semaine au cours de la période de titration de la dose et tous les trois mois par la suite. Il faut en même temps surveiller les effets secondaires en utilisant le formulaire de suivi pharmacologique. Tous ces documents ne seront utiles que s'ils sont apportés au médecin lors des rencontres de suivi (voir ci-dessous).

Développement des habitudes

- a) Le Bulletin positif quotidien est un outil de communication utile entre l'école et la maison. Pas plus de trois comportements spécifiques et positifs doivent être surveillés pour toute période de 30 minutes à 1 heure. De fréquents commentaires positifs par l'enseignant permettent à l'enfant de travailler sur des comportements spécifiques jusqu'à ce qu'ils deviennent des habitudes. Les parents doivent effectuer du renforcement positif concernant les efforts de leur enfant en le récompensant selon le nombre de contrôles positifs que son enseignant lui a donnés au cours de la journée. C'est également un moyen utile de déterminer l'efficacité des médicaments. L'accent est mis sur une attitude positive et la simplicité.
- b) Le Tableau des rappels, placé à un endroit stratégique dans la maison comme dans la cuisine, est une façon utile pour la famille de savoir les activités de la semaine (rendez-vous et horaires) donnant ainsi une certaine structure à la famille. Il favorise également la communication au sein de la famille lorsque l'agenda hebdomadaire est revu une fois par semaine, généralement après le souper du dimanche. C'est aussi un temps pour les parents de rappeler aux enfants leur succès de la semaine passée et les choses sur lesquelles ils doivent travailler pour la semaine suivante.
- c) Faire les devoirs avec l'aide d'une minuterie permet à l'enfant de déterminer l'efficacité de ses efforts lors de ses devoirs. Diviser les tâches en «petits morceaux» et l'aide d'une minuterie renforcent à la fois l'esprit de compétition de l'enfant (en particulier s'il est récompensé pour avoir dépassé son effort précédent), mais limitent également sa frustration, car il/elle sait que le temps consacré à ses devoirs est limité par l'horloge. Il est très important que le ou les parents s'assurent que leur enfant fasse ses devoirs toujours au même moment et au même endroit. Faire ses

devoirs est plus facile lorsque le médicament est efficace (pour plusieurs médicaments à libération prolongée pris le matin, les effets s'atténuent avant 6pm). Un tuteur aux devoirs peut être très utile. Les enfants atteints de TDAH qui redoutent les tâches exigeant beaucoup d'attention peuvent percevoir les devoirs comme étant trop difficiles et écrasants. Si l'aspect des devoirs détruit la famille, avec très peu de résultats concrets, cet aspect devrait être traité par l'école à titre d'accommodements et exclu de la situation familiale. Par ailleurs, de nombreuses écoles mettent maintenant les devoirs sur Internet ce qui facilite la tâche en sachant ce qui doit être fait. Aussi, il peut être plus facile d'avoir un exemplaire supplémentaire des manuels scolaires à la maison puisque le matériel nécessaire est toujours à portée de la main.

Maintenir régulièrement des rencontres de suivi

Les patients, lorsque leur condition est stable, devraient être rencontrés à tous les trois mois (ou plus fréquemment s'il y a des complications) pour:

1. réviser les médicaments et faire le suivi de la taille, du poids, de la pression artérielle et du pouls de l'enfant, de même que de tout autre aspect médical pertinent sur la demande fonctionnelle
2. une séance de rappels liée à leurs efforts parentaux et mettant l'accent sur les points forts de leur enfant
3. toute détérioration ou tout changement dans la santé mentale de la famille
4. une mise à jour des observations faites à l'école
5. une occasion pour informer les parents des nouvelles ressources ou dernier développement
6. la mise en œuvre d'approches proactives pour tout problème émergent (par exemple la rentrée scolaire, le camp d'été, les vacances de Noël).

CHAPITRE 4: QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU TRAITEMENT DU TDAH CHEZ LES ADOLESCENTS

Le portrait changeant du TDAH à l'adolescence

Le type de présentation clinique peut différer selon l'âge, car les symptômes du TDAH sont mis en évidence ou deviennent plus apparents en lien avec les difficultés qui émergent. Un étudiant très brillant atteint de TDAH peut réussir normalement à l'école primaire, même s'il «n'a pas atteint son plein potentiel». Toutefois, lorsqu'il sera confronté à avoir plusieurs enseignants, à de multiples devoirs plus exigeants, à plus d'un projet à remettre en même temps, à du travail en équipe et à une surcharge de la mémoire de travail, le TDAH pour lequel l'étudiant avait bien compensé par des stratégies d'adaptation peut devenir très évident.

Même quand les professeurs du niveau secondaire complètent les questionnaires, il est possible que ceux-ci ne mettent pas en évidence les symptômes de TDAH rapportés par le patient, les parents et l'évaluation psychiatrique. Quelques fois, nous sous-estimons l'information donnée par les adolescents. Cependant, ils peuvent donner une bonne description des symptômes que les parents ou les professeurs auront plus de difficulté à reconnaître, comme être dans la lune pendant la classe alors qu'ils ont «l'air» d'écouter, la difficulté à se rappeler ce qu'ils viennent de lire, la difficulté à amorcer une tâche d'écriture.

Au fil des années, la recherche a démontré que l'hyperactivité chez les adolescents diminue même si elle peut encore se présenter comme de l'agitation ou de l'impatience¹²¹⁻¹²³. L'impulsivité associée peut entraîner des conséquences importantes puisque les adolescents sont à l'âge de l'expérimentation et dans des situations plus risquées. De plus, les difficultés avec l'attention deviennent plus incapacitantes plus l'individu vieillit. Comme les demandes d'attention augmentent de façon spectaculaire avec la complexité des tâches et la diminution du support des autres, les atteintes fonctionnelles existantes deviendront plus évidentes^{124, 125}. Le DSM-5 reconnaît que le nombre total de symptômes tend à diminuer avec l'âge. Les critères diagnostiques du TDAH spécifient que, pour les personnes de 17 ans et plus (adolescents plus âgés et les adultes), le nombre minimal de symptômes requis est 5 plutôt que 6.

La présentation du TDAH chez les adolescents peut être plus subtile que chez les jeunes enfants. L'augmentation de l'ennui comme plainte principale et la sous-performance sont souvent des signes importants. Cela peut conduire à l'abandon scolaire, qui est un problème socio-économique majeur et une limitation à la réussite d'un individu¹²⁶. Les individus atteints de TDAH de type inattentif prédominant ainsi que ceux qui ont un Q.I. très élevé sont souvent diagnostiqués plus tard dans la vie, souvent à l'adolescence. Une étude de suivi longitudinal sur 33 ans de patients avec TDAH indique que l'apparition de problèmes associés (comorbidités) tend à se développer principalement dans la période de l'adolescence, début de l'âge adulte²⁶¹.

L'alliance thérapeutique

Il est nécessaire de travailler directement avec les adolescents via une relation médecin/patient, en assurant la confidentialité. Le médecin ne devrait pas se baser exclusivement sur le discours des parents. Il est essentiel d'utiliser un langage que les adolescents peuvent comprendre. Il est souvent préférable de passer la première rencontre à développer un lien, même si la principale raison pour laquelle l'adolescent consulte n'est pas pleinement discutée pendant ce temps. Comme première étape, il est important de demander aux parents de nommer les forces de leur adolescent. En agissant ainsi, l'adolescent voit que le médecin est intéressé aussi à ses attributs positifs et pas juste à ses faiblesses. Ceci aide à créer un lien de confiance. S'immerger dans la culture des adolescents (par exemple regarder les programmes de télévision qui leur sont adressés, connaître leurs intérêts) contribue à favoriser cette alliance thérapeutique. L'adolescent devrait aussi être vu seul afin d'obtenir l'information sur les facteurs de risque tels que la conduite automobile, les activités illicites, le tabac, la consommation de drogues, l'activité sexuelle, les questions d'intimidation et d'identité sexuelle de même que les conflits interpersonnels et familiaux. Une évaluation de leurs relations avec leurs pairs permet de mieux comprendre leur développement social et de signaler tout comportement à risque. Les pairs ont tendance à se mettre dans le trouble en même temps.

Collecte de données et surveillance

Les adolescents atteints de TDAH ne sont pas toujours les meilleures personnes pour raconter leur histoire personnelle en raison de leur perception centrée sur eux-mêmes et de leur tendance à rejeter le blâme sur les autres. Le contact direct avec le conseiller d'orientation ou le psychologue scolaire peut être utile, car ils peuvent être en mesure de coordonner la collecte des questionnaires et la documentation pertinente provenant des enseignants. Parfois, ces rapports sont remplis par tous les enseignants, parfois par le conseiller d'orientation, parfois par l'enseignant de l'élève qui le connaît de façon étroite ou par une combinaison de ces personnes. Même si la performance chez les adolescents varie grandement, les résultats faits en série complétés par la même personne demeurent encore une mesure valable des résultats du traitement de base.

Participation

L'observance des adolescents au traitement peut être très pauvre, et on sait que 48-68% des adolescents arrêtent leurs médicaments¹²⁷, bien que l'utilisation d'une posologie unique quotidienne améliore l'adhésion¹²⁸. La psychoéducation est un outil très utile afin d'aider à assurer l'adhésion au traitement en rendant les adolescents partenaires dans la thérapie. La connaissance du niveau de l'acceptation du diagnostic par le patient permettra de déterminer si une intervention est nécessaire pour combattre la résistance. D'autres facteurs importants permettant d'améliorer la participation sont: la stabilité familiale, le concept de soi, la nécessité d'un contrôle, une plus grande motivation, des schémas thérapeutiques simplifiés et de faibles effets secondaires aux médicaments¹²⁶. La prise de médicaments est une tâche qui exige beaucoup d'attention, surtout lorsqu'ils sont pris plusieurs fois par jour. Une stratégie utile est de répartir le médicament pour la semaine dans un pilulier, l'adolescent étant responsable de prendre ses médicaments sous surveillance parentale. L'objectif est l'éventuelle autonomie dans la gestion des médicaments.

Conseil pratique: D'abord établir la dose susceptible dont l'adolescent aura besoin. Sauf pour l'atomoxétine, il n'y a pas de relation préétablie de la dose selon le poids. Pour le titrage, il est suggéré de commencer par une faible dose, puis d'augmenter lentement jusqu'à la dose qui améliore les symptômes et le fonctionnement avec le moins d'effets secondaires. Il faut expliquer que les doses devront être ajustées. Sinon l'échec du traitement est fort probable, car l'adolescent pourrait croire que le médicament ne fonctionne pas dans la période où la dose est trop faible. Les adolescents peuvent être informés que les doses initiales sont probablement sous-thérapeutiques ce qui permet entre-autres de mieux identifier les effets secondaires reliés au processus d'initier la médication (anxiété reliée à l'idée de prendre un médicament et d'effets secondaires directement reliés à la médication).

Questions de sécurité

Interactions médicamenteuses

Il est préférable de veiller à ce que suffisamment de temps soit donné à éduquer le patient et à gagner sa confiance. La combinaison de médicaments pour le TDAH avec des drogues illicites ou de l'alcool peut être dangereuse, car le potentiel de toxicité augmente. La marijuana est associée à une diminution de la motivation et une augmentation de l'apathie^{129, 130}. L'abstinence est recommandée, mais une approche qui vise la réduction de la consommation, peut être une option utile. En limitant la quantité utilisée ou en restreignant l'utilisation dans la soirée permet de réduire les potentielles interactions médicamenteuses. Parfois, un adolescent peut prendre de façon excessive du café, des boissons énergisantes et des boissons gazeuses avec caféine telles que le cola. Ces produits peuvent également créer des problèmes en lien avec les médicaments pour le TDAH, car ils agissent tous comme des agonistes inotropiques pour le cœur. Finalement, il est important de mentionner que des études ont suggéré que l'utilisation précoce de médicaments pour le TDAH pourrait protéger le patient contre l'usage futur de drogues¹³¹.

Risques de conduite automobile

Une auto-évaluation devrait être faite en utilisant le questionnaire sur la conduite automobiles (Jerome Driving Questionnaire version française – non validée), chapitre 6, documents de support 6C, car cet enjeu représente un risque important pour l'adolescent et une préoccupation majeure pour les parents. Il a été démontré qu'un traitement

pharmacologique efficace du TDAH qui a un effet continu en soirée va avoir un impact positif sur la capacité de conduire un véhicule automobile. Il est important que tous les adolescents atteints de TDAH aient suivi un cours de formation en conduite automobile et que leur conduite automobile soit permise dans des situations représentant un risque minimum (par exemple couvre-feux, abstinence totale face à l'utilisation de drogues ou d'alcool au volant, conduire principalement en restant hors des grandes routes).

Comportements sexuels risqués

L'entrée dans la période de l'adolescence signifie une augmentation de risque de grossesse non planifiée et de rapports sexuels non protégés. Il est important qu'ils/elles soient informés par des cours d'éducation sexuelle et qu'un dialogue ouvert sur les risques et responsabilités inhérents aux rapports sexuels non protégés soit possible. L'utilisation de contraceptifs oraux peut être nécessaire.

Questions d'éducation

L'échec scolaire

Les adolescents atteints de TDAH sont à risque élevé de décrochage, d'échec scolaire, de reprendre l'année scolaire et de ne pas atteindre leur plein potentiel scolaire. Par conséquent, ils peuvent opter pour des programmes d'études postsecondaires pour lesquels ils ont moins d'attraits, mais accessibles en raison de leurs mauvais résultats scolaires. Les distractions sociales à l'école secondaire sont importantes. Le manque de compétences organisationnelles et de gestion du temps commencent à apparaître. Les personnes atteintes de TDAH ne demandent généralement pas d'aide même si les enseignants s'attendent à ce qu'ils en demandent, comme signe de leur autonomie et maturité. Les adolescents dont le TDAH nuit à l'apprentissage peuvent être aidés par des accommodements scolaires, de la sensibilité de la part de l'administration et les technologies organisationnelles.

Aide aux études

Les parents ne devraient pas intervenir pour aider leurs adolescents atteints de TDAH à faire leurs devoirs, dans les cas où cela peut entraîner des conflits et du ressentiment. Il faudrait plutôt engager des tuteurs qui seront là pour aider à créer l'encadrement, l'organisation et l'exécution des tâches. Les personnes atteintes de TDAH semblent mieux répondre lorsqu'elles travaillent dans une relation de «un à un».

CHAPITRE 5: QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU TRAITEMENT DU TDAH CHEZ LES ADULTES

1. La présentation clinique¹³²

Information générale et types de référence

Taux de prévalence: Il est bien établi que le TDAH est un trouble neurologique qui peut persister à l'âge adulte²⁷. Des études génétiques, des études d'imagerie, des essais de traitement clinique et des études de suivi prospectif ont tous démontré qu'environ 60% des enfants atteints de TDAH auront des difficultés qui se maintiendront à l'âge adulte¹³³. L'étude nationale américaine sur la comorbidité¹³⁴ a établi la prévalence du TDAH chez l'adulte à 4,4%. Il est probable que la demande de services pour les adultes atteints de TDAH continue à augmenter. Toutefois, actuellement moins de 12% des patients ont été en mesure d'obtenir des services, même au niveau des soins de première ligne¹³⁴.

Une étude de suivi à long terme indique que les comorbidités ont tendance à apparaître tôt dans le cycle de vie (de l'adolescence au début de l'âge adulte). Le traitement du TDAH chez l'adulte représente donc un important besoin de soins de santé nécessitant la mise en place de programmes de formation des médecins, de services au sein du système de soins de santé et des recherches appropriées sur la prestation des soins et des services. En Angleterre, la reconnaissance récente du TDAH chez l'adulte par les lignes directrices du *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Guideline on ADHD*⁸ a conduit le Service national de santé à commencer ce processus. Le DSM-5 permet de mieux guider les cliniciens grâce à l'ajout d'exemples décrivant les symptômes du TDAH à l'âge adulte.

Reconnaissance et référence: Les personnes atteintes de cette condition ont toujours vécu avec leurs symptômes qu'ils reconnaissent ou non et qu'ils peuvent ou non identifier comme hors norme. En pratique clinique, il est de l'expérience des auteurs que le cas le plus fréquent qui amène un adulte à consulter est le diagnostic de son propre enfant ou d'une personne qu'ils connaissent bien. Avec la prolifération des textes de vulgarisation sur le sujet, l'attention des médias sur le TDAH et l'information disponible en ligne, de nombreux adultes consultent leur médecin en demandant une évaluation pour un diagnostic de TDAH. Certains patients viennent consulter leur médecin avec comme plainte principale un symptôme qui n'est pas l'un des symptômes du TDA selon le DSM-5 ou un symptôme qui est commun à de nombreux troubles. Les adultes atteints de TDAH peuvent présenter comme plainte principale un symptôme associé tel que la procrastination, la désorganisation, le manque de motivation, les troubles du sommeil, des attaques de rage, le sentiment d'épuisement, associée à de la fatigue et/ou une humeur labile. Dans ce cas, il est important de se rappeler que même si le médecin se concentre sur l'évaluation du TDAH comme trouble primaire, l'attention du patient sera sur le symptôme associé pour lequel il consulte. Ce qui complique l'évaluation des adultes atteints de TDAH est la fréquence des troubles comorbides et la nécessité d'effectuer une surveillance efficace dans un délai de temps raisonnable, le tout sans ajout de frais extraordinaires. Les recommandations actuelles visent à atteindre cet objectif, mais nous prévoyons que cela sera un processus en développement qui fera l'objet de révision avec le temps. La version la plus à jour des Lignes directrices canadiennes de CADDRA sur le TDAH est toujours disponible en ligne à www.caddra.ca.

Conseil pratique: Patients que vous pourriez voir dans votre pratique

Le patient réticent: Certains patients peuvent ne pas être volontaires pour se présenter à l'évaluation. Si le patient est là pour des raisons médico-légales ou suite à l'insistance d'un membre de la famille, le premier objectif du médecin doit être d'établir une alliance thérapeutique qui tentera de répondre aux préoccupations du patient et à son niveau de compréhension de son état.

Le patient impatient: Certains patients sont venus à la recherche d'un «sceau d'approbation» par leur médecin et souhaitent commencer un traitement pharmacologique. Dans leur esprit, la collecte de leur historique et antécédents leur semble une perte de temps puisque le diagnostic a déjà été confirmé, soit par leur propre lecture, soit par une évaluation antérieure. Ils peuvent utiliser une vaste terminologie médicale. Il demeure cependant nécessaire que le

médecin suive le protocole et réitère la nécessité d'envisager des changements de style de vie, pas seulement la prise de médicaments. Il n'est pas inhabituel dans le cas d'un diagnostic antérieur d'avoir manqué des maladies comorbides.

Le patient ayant un agenda caché: C'est le patient qui a un gain secondaire au diagnostic (par exemple à la recherche d'un moyen de défense dans une poursuite judiciaire, d'accommodements scolaires ou d'un avantage lié au travail). Le diagnostic de TDAH pourrait encore être juste, mais il est important de mettre de côté cet agenda du patient de façon directe et sans jugement. Il arrive que le patient cache toute la vérité par crainte d'être jugé.

Le patient excessivement reconnaissant: C'est une situation qui peut devenir complexe et à laquelle on doit porter attention. Le patient qui vous place sur un piedestal d'emblée pourrait vous en faire descendre bien vite et vous mettre en situation d'échec. "Dr. X, j'ai entendu parlé de vous, je suis si content que vous me voyiez, vous êtes le seul à pouvoir m'aider." Ce type de discours peut refléter ensuite un transfert de leur propre colère vers vous, en lien avec leurs propres expériences avec les figures et vous faire sentir impuissant est pour eux une façon non consciente de soulager leur anxiété (gain primaire.)

Conseil pratique: Dissiper les mythes communs¹⁵

Les symptômes du TDAH ne sont-ils pas seulement une indication d'une mauvaise adaptation? Lors du dépistage du TDAH, on s'aperçoit rapidement que le patient n'a pas seulement des difficultés d'adaptation, mais qu'il est significativement handicapé et présente un risque élevé de développer des troubles comorbides tels que l'anxiété et la dépression.

Mon patient est un professionnel. Comment pourrait-il/elle être passé à travers un programme de formation rigoureux tout en vivant avec son TDAH? Le TDAH NE FAIT PAS obstacle à la réussite scolaire ou professionnelle dans tous les cas. Il est nécessaire d'examiner les atteintes fonctionnelles par rapport au potentiel, l'utilisation de stratégies d'adaptation et tous les aspects du fonctionnement afin de déterminer si le TDAH a des répercussions sur le fonctionnement. Pour certains adultes, même s'ils semblent fonctionnels dans leur emploi, un examen plus attentif révèle qu'ils utilisent des stratégies qui compensent leurs faiblesses. Prendre en considération les conséquences de ces stratégies compensatoires dans le processus d'évaluation et de traitement. Ces stratégies peuvent être dangereuses, entraîner la personne à devenir un bourreau de travail, avoir de mauvaises relations employeur-employé et limiter leur carrière. L'impact fonctionnel peut aussi causer beaucoup de frustration et de détresse émotionnelle chez les membres de la famille, partenaires de travail et autres.

Mon patient est venu à mon bureau avec un diagnostic maison en lisant sur ses symptômes. Comment puis-je séparer ce qui est réel de ce qu'il/elle veut croire? Beaucoup de publications populaires et d'émissions de télévision au sujet du TDAH proposent des questionnaires qui peuvent être trop vagues et applicables à trop de gens. Toutefois, cela ne veut pas dire que l'évaluation faite par le patient est erronée. Parfois, l'auto-diagnostic représente une croyance sous-jacente qu'il existe une «pilule miracle» qui fera disparaître les troubles ou les problèmes les plus graves. Prendre le temps nécessaire pour bien évaluer et éduquer est essentiel pour assurer un diagnostic et un traitement appropriés.

Les patients atteints de TDAH sont exigeants, toujours en retard et difficiles à traiter, donc je ne veux pas les traiter! Le médecin pourrait manquer une occasion de traiter une personne dont la pathologie se soigne très bien et qui peut être ainsi en raison d'une longue histoire de déceptions avec des figures d'autorité. Ne le prenez pas personnellement. Ils ont besoin d'une compréhension empathique.

Présentation de cas

Les médecins doivent être aux aguets de TDAH possible chez les patients ayant, de longue date, des difficultés avec des problèmes d'attention, des comportements perturbateurs ou impulsifs. Ces difficultés peuvent être détectées au cours des rendez-vous de routine chez les patients qui manifestent des formes typiques de ce trouble. Voici certains indices:

- problèmes des habiletés organisationnelles (par exemple oublier des rendez-vous, mauvaise gestion du temps, montagne de papiers accumulés sur le bureau, projets non terminés, incapable de se conformer à la médication ou suivre les consignes)
- antécédents d'emplois irréguliers (par exemple change fréquemment d'emplois, congédié dû à ses retards, oublie ses rendez-vous d'affaire et/ou n'est pas préparé pour les réunions, difficulté à déléguer, frustration des employeurs, collègues et clients envers l'individu pour ces raisons)
- problèmes de gestion de la colère (par exemple comportement argumentatif avec des figures d'autorité, trop de contrôle en tant que parents, argumente/confrontation avec les enseignants de leur enfant, épisodes de rage)
- patient qui est trop bavard, interrompt fréquemment ou de façon inappropriée (par exemple parle très fort sur son cellulaire dans la salle d'attente, sort pour re-garer sa voiture, répond au téléphone pendant un rendez-vous)
- problèmes conjugaux (par exemple conjoint se plaint qu'il/elle n'écoute pas, fait des remarques impulsives, argumente/chicane, oublie des événements importants comme des anniversaires de naissance et de mariage, met souvent fin à ses relations)
- problèmes parentaux (par exemple oublie régulièrement de donner aux enfants leurs médicaments, difficulté à établir et à maintenir les routines de la maison telles que l'heure du coucher et des repas, difficulté à amener les enfants à l'école)
- problèmes de gestion financière (par exemple ne paie pas ses impôts à temps, compte bancaire souvent à découvert, est à court d'argent, fait des achats impulsifs qu'il/elle ne peut se permettre)
- consommation ou abus de substance (en particulier l'alcool et la marijuana), consommation excessive de caféine ou de boissons énergisantes
- dépendances telle que collections, achats compulsifs, évitement ou dépendance sexuelle, mange trop, fait trop d'exercice, jeux compulsifs
- accidents fréquents, activités à haut risque ou sports extrêmes
- problèmes de conduite automobile (par exemple contraventions pour vitesse, graves accidents routiers, permis révoqué ou, à l'extrême, choisit de ne pas conduire ou conduit trop lentement pour compenser ses problèmes d'attention).

Autres situations courantes motivant un dépistage:

- le parent d'un enfant (ou de plusieurs enfants) souffrant de TDAH vous apprend qu'il éprouve le même genre de difficultés que son enfant
- un étudiant à l'université qui a un horaire de cours peu chargé mais qui se plaint qu'il prend trop de temps à compléter ses études; un étudiant qui effectue un retour aux études et qui éprouve les mêmes difficultés qu'auparavant
- une personne qui a reçu un diagnostic de TDAH pendant son enfance et qui manifeste encore des symptômes
- un patient au sujet duquel les parents ou le conjoint déclarent qu'il «ressemble tout à fait à une personne atteinte du TDAH», d'après l'information qu'ils ont vue ou entendue sur ce trouble.

2. Dépistage

Dépistage des symptômes actuels

Administrer le Adult Self Report Scale (ASRS-V1.1, 18 items) (version française – non validée)

Si le résultat du patient est négatif, il est fort probable qu'il ne souffre pas de TDAH. Le seuil de résultat est >4/6 pour la partie A. Si le résultat est positif, le médecin devrait rechercher les autres grands critères du DSM-5 et exclure les autres diagnostics qui peuvent ressembler au TDAH. Consulter le chapitre 2: Diagnostic différentiel et troubles comorbides. *Vous pouvez alors utiliser l'Inventaire des symptômes du TDAH pour les symptômes actuels.*

Dépistage du développement

Avez-vous eu des difficultés avec ces problèmes avant la puberté?

Le patient doit remplir le critère diagnostique qui précise que les symptômes doivent se manifester dans l'enfance avant l'âge de 12 ans. Des informations collatérales d'une source fiable sont souvent nécessaires. *Vous pouvez alors utiliser l'Inventaire des symptômes du TDAH pour évaluer rétrospectivement les symptômes dans l'enfance.*

Dépistage d'un handicap fonctionnel

Est-ce que ces symptômes vous causent actuellement des difficultés?


Les patients qui ont un résultat positif à l'ASRS et qui décrivent les problèmes comme présents et handicapants depuis longtemps devraient recevoir une évaluation psychiatrique complète pour le TDAH. Vous pouvez alors examiner les impacts fonctionnels avec le WFIRS-S.

3. Historique et examen physique (Approfondissement du dépistage des symptômes actuels)

Conseil pratique: Le TDAH est souvent associé à un style cognitif particulier, soit une variation de pensée concrète, une pensée ayant une portée trop large et de la distractibilité. Cela peut comprendre: trop parler, s'attarder sur des points ou événements relativement mineurs (discours à portée trop large), exprimer des émotions intenses inappropriées, s'éterniser dans ses réponses à des questions ouvertes (discours circonstanciel), se laisser distraire par des objets dans le bureau, ce qui interrompt le processus de la pensée (discours d'allure très circonstancielle, quasi tangentielle) et continuer à parler comme s'ils étaient compris sans lire les repères sociaux qui indiquent le contraire¹³⁵⁻¹³⁷. S'ils semblent avoir des difficultés d'élocution (parler si vite que les mots semblent parfois intelligibles), assurez-vous que ce n'est pas dû à l'anxiété. S'ils semblent sauter d'idée en idée, c'est peut-être de l'anxiété qui les presse à essayer de donner toutes les informations rendant leurs idées dissociées. Il faut aussi les ralentir pour voir si c'est vraiment un "relâchement des associations" ou un trouble de la pensée.

Il est utile de se questionner sur ce que le diagnostic aurait été si vous l'aviez vu dans l'enfance, même si la présentation clinique actuelle amène un diagnostic différent. Par exemple, il peut y avoir eu une présentation de TDAH de type combiné à l'enfance alors que maintenant le patient répond aux critères d'un TDAH avec inattention. Cela suggère que son hyperactivité-impulsivité de base peut s'être améliorée, est compensée ou a changé de qualité de sorte qu'elle est moins évidente.

Collecte des informations pertinentes

La combinaison de questionnaires basés sur les symptômes avec une bonne histoire clinique approfondie est la première étape dans l'évaluation du diagnostic . Les questionnaires doivent être administrés en premier, mais regardés en dernier et seulement après que l'avis clinique suite à l'entrevue a été fait. Il est important d'être formé pour évaluer et traiter des adultes atteints de TDAH et les médecins peuvent consulter le site www.caddra.ca pour les dernières mises à jour sur les programmes de formation et, pour accéder au portail CADDRA d'enseignement eLearning www.adhdlearning.caddra.ca pour visionner des présentations en ligne et des modules de formation en ligne.

Le formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH est disponible dans la trousse d'évaluation CADDRA sur le TDAH (CAAT) dans le document des Lignes directrices ou peut être téléchargé et imprimé à partir du site Web de CADDRA. C'est une façon plus simple et plus conviviale que celle proposée dans les éditions précédentes des Lignes directrices de CADDRA. Les détails comme les coordonnées du médecin, la référence et le numéro de dossier peuvent être insérés dans l'encadré en haut de la page. Le format suit en autant que possible la progression naturelle de l'entrevue clinique permettant ainsi d'effectuer plus facilement la collecte d'informations et de la transcrire. Ce document peut également être utilisé pour rappeler au médecin des faits importants lors de la dictée et être utilisé comme rapport final.

Échelles d'évaluation basées sur les symptômes La trousse d'outils proposés comprend l'ASRS (version française – non validée), l'Inventaire des symptômes du TDAH, le Weiss Symptom Record (WSR) (version française – non validée) et

le Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS) (version française – non validée). Il existe d'autres échelles qui ne sont pas incluses dans cette trousse telles: le CAARS, le BADDs et l'Adult BRIEF. Les outils ne doivent jamais être utilisés seuls pour établir le diagnostic. Ils peuvent être biaisés par celui qui le complète. Si quelqu'un veut recevoir un diagnostic spécifique à tout prix, le résultat sera élevé et si la personne ne veut absolument pas reconnaître la présence de symptômes, le résultat sera faible, que ce soit fait consciemment ou inconsciemment. Ces outils aident le médecin dans l'obtention de l'historique des symptômes et permettent de dépister le TDAH. De plus, ils sont des instruments utiles pour le suivi. Lorsqu'ils sont utilisés en série et compilés par la même personne, ils reflètent l'évolution des symptômes. Les échelles d'évaluation autres que celles retrouvées dans cette trousse ont le désavantage d'être commercialisées et non gratuites pour certaines. Les médecins devraient essayer d'obtenir que les échelles d'évaluation soient également complétées par d'autres personnes de l'entourage de leur patient, soit conjoint, parents, amis, frères et sœurs.

Examen physique

Les aspects médicaux changent à l'âge adulte. Le dépistage est différent de celui effectué chez l'enfant. Il est essentiel de rechercher l'hypertension, les problèmes cardiovasculaires, la démence précoce, l'arthrite secondaires à des blessures antérieures, l'obésité, la mauvaise hygiène dentaire, le glaucome, les traumatismes crâniens et les blessures antérieures accidentelles¹³⁸⁻¹⁴¹. Les patients atteints de TDAH ont le double de la morbidité médicale par rapport au reste de la population¹⁴².

Conseil pratique: L'examen physique, s'il n'est pas effectué par le médecin qui fait l'évaluation spécifique du TDAH, doit tout de même être documenté pour des raisons pratiques, cliniques et médico-légales. Le médecin évaluateur s'il n'est pas le médecin traitant va cependant s'enquérir de l'impact fonctionnel associé aux pathologies dépistées.

4. Historique du TDAH durant l'enfance – (Approfondissement du dépistage en lien avec le développement)

Historique du développement du TDAH chez l'adulte

Un des critères du diagnostic du TDAH dans le DSM-5 est que l'apparition des symptômes est antérieure à l'âge de douze ans, comparativement à l'âge de 7 ans selon le DSM-IV-TR. Ce point peut être problématique car un patient adulte peut avoir de la difficulté à se rappeler de manière fiable si oui ou non il avait des symptômes de TDAH quand il était un jeune enfant. Ce critère du DSM-IV-TR a été critiqué aussi pour d'autres raisons¹⁴³. Certains adultes peuvent ne pas avoir accès à des sources collatérales pour vérifier s'ils avaient des symptômes avant l'âge de sept ans. Le programme de l'école primaire est en grande partie axé sur le développement des compétences et, par conséquent, un élève très intelligent qui ne dérange pas pourrait ne pas avoir d'impact fonctionnel avant qu'il ne soit plus vieux. Les médecins ayant une longue expérience dans l'évaluation des adultes ont souvent remarqué l'impact particulier que le TDAH peut entraîner dans l'historique du développement de l'enfance jusqu'à l'époque de l'évaluation et sur la qualité particulière des difficultés présentées. Le DSM-5 offre une meilleure description de la présentation du TDAH à l'âge adulte et prend en considération le fait que le nombre total des symptômes peut diminuer avec l'âge.

Cependant, une bonne histoire clinique devrait faire ressortir que le patient a présenté des problèmes similaires tout au long de sa vie et qu'ils étaient plus évidents dans les situations sollicitant l'attention. Le TDAH est un trouble du développement qui n'a pas d'apparition aiguë. L'inventaire des symptômes du TDAH peut être utile pour évaluer de façon rétrospective les symptômes dans l'enfance. Elle peut être complétée par l'adulte et, si possible par quelqu'un qui le connaissait bien lorsqu'il était enfant, comme ses parents, par exemple.

Plusieurs adultes ont développé des stratégies d'adaptation pour mieux gérer les répercussions causées par le TDAH sur leur vie. Rechercher de telles stratégies d'adaptation, mais examiner aussi comment ils fonctionnent dans des situations précises et pas juste au niveau académique. Le TDAH peut avoir été un fardeau pour ces individus, particulièrement lors de périodes de transition, comme de l'adolescence à l'âge adulte. Vérifier comment ils gèrent leur routine quotidienne, leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes tout en balançant l'équilibre entre le travail et le rôle de parent. Discuter de leur gestion du temps et de leurs finances; leur conduite automobile; leur sommeil et

leurs habitudes alimentaires. Lors de l'évaluation et de la prise de décision quant au type de traitement, prendre en considération les répercussions du TDAH et l'impact de toutes les stratégies adaptatives qu'ils doivent utiliser (fardeau compensatoire).

5. Handicap fonctionnel – (Approfondissement du dépistage concernant l'impact au quotidien)

Weiss Functional Impairment Rating Scale Self-Report (WFIRS-S) (version française – non validée)

Le médecin peut se faire une idée des domaines dans lesquels le patient a des atteintes fonctionnelles en utilisant le WFIRS-S. Les éléments qui sont encerclés dans les sections «la plupart du temps» et «tout le temps» peuvent être discutés plus en détails par la suite en remplissant le formulaire d'évaluation afin de déterminer la nature des difficultés et la façon dont les symptômes du TDAH peuvent être en lien avec celles-ci. Les aspects de la vie qui sont affectés aideront à guider les discussions sur les interventions thérapeutiques.

6. Antécédents psychiatriques et histoire des traitements pharmacologiques

Bien que les symptômes actuels, l'historique du développement et de l'historique des atteintes fonctionnelles soient des items essentiels pour le dépistage, ils ne sont pas suffisants pour faire un diagnostic.

Antécédents psychiatriques

Un historique approfondi du ou des problèmes, des traitements et de la réponse clinique est nécessaire.

- Dans le passé, des thérapeutes mal informés pourraient avoir interprété dynamiquement les comportements liés au TDAH, rendant le problème encore plus compliqué. Ce n'est pas inhabituel dans une thérapie de couple qu'un patient non diagnostiqué pour un TDAH puisse être identifié comme hostile ou passif-agressif.
- Une attention particulière en faisant l'histoire psychiatrique aide à démêler la séquence d'apparition des symptômes, ce qui peut être utile pour différencier entre les troubles primaires et secondaires.
- Un examen des problèmes passés permet au médecin d'évaluer la compréhension du patient et le cadre interprétatif qu'il utilise pour expliquer la maladie antérieure. Selon les interventions qu'il a reçues, il est également possible de savoir si le patient est susceptible de répondre à des approches psychothérapeutiques de résolution de problèmes, des interventions interpersonnelles, des techniques cognitivo-comportementales, ou comportementales seules, ou encore à la restructuration des exigences de son environnement.

Histoire pharmacologique

De nombreux patients n'auront jamais reçu de traitement, mais pour la plupart du temps, le patient a déjà essayé divers antidépresseurs et autres médicaments psychotropes. Il n'est pas rare qu'un adulte puisse avoir essayé les médicaments de son enfant afin de déterminer si cela fonctionne pour lui.

Conseil pratique: Obtenez le numéro de téléphone du pharmacien du patient et demandez une version imprimée de son historique médicamenteux. Demander au patient d'apporter ses contenants de médicaments ou demandez la liste au médecin de famille si vous êtes consultant. Considérer faire un test d'urine pour dépistage de drogues chez les patients pour lesquels vous avez soupçonné un abus de drogues ou une recherche de médicaments pour abus.

Documenter les médicaments pris par le patient, la durée du traitement, sa réponse aux médicaments et les effets secondaires, en particulier ceux qui n'étaient pas habituels ou démontrant une toxicité. Évaluer le niveau d'auto-observation du patient en comparant sa perception à celui ou ceux obtenus de son entourage. Évaluer la tolérabilité aux médicaments en observant la réponse à la dose dans le temps et, dans les cas où c'est pertinent, l'impact des arrêts de traitement.

7. Antécédents familiaux

Contexte familial

L'évaluation des antécédents familiaux offre au médecin une compréhension du contexte dans lequel la personne a grandi. Les familles ne sont pas la cause du TDAH, mais le TDAH combiné avec un dysfonctionnement familial est plus invalidant et augmente les atteintes fonctionnelles et le risque.

Conseil pratique: Assurez-vous que l'entrevue est à la fois sensible aux valeurs culturelles du patient et qu'elle ne porte pas de jugement.

Antécédents psychiatriques familiaux

Ces antécédents sont importants, car l'hérédité serait impliquée dans 80% des cas¹⁴⁴. Demandez au patient si l'un de ses parents, frère, sœur ou un de ses enfants a des antécédents confirmés de TDAH, des difficultés d'apprentissage, des tics ou un syndrome de Gilles de la Tourette, une dépression, de l'anxiété, des problèmes de gestion de la colère, des problèmes légaux, des problèmes de drogues ou d'alcool, un trouble psychotique, des troubles de personnalité, a fait un geste suicidaire ou a eu besoin de prendre des médicaments pour des troubles affectifs. Le patient peut spéculer sur la maladie d'un parent et la fiabilité de ces spéculations doit être évaluée cliniquement (DC). S'il n'y a pas d'antécédents familiaux, ceci peut réduire la validité du diagnostic.

8. Dépistage pour les troubles comorbides

Le TDAH chez l'adulte est souvent combiné avec un autre trouble. Une étude de suivi à long terme a démontré que la période critique pour le développement de troubles coexistants se situe tôt dans le cycle de la vie, entre l'adolescence et le début de l'âge adulte. Consulter le chapitre 2 sur le diagnostic différentiel et les troubles comorbides pour l'information clinique. Le Weiss Symptom Record (WSR) peut être utilisé pour clarifier les problèmes comorbides. Bien que ne permettant pas de poser un diagnostic, ce questionnaire est utile pour le médecin, car il lui permet de différencier les troubles associés. Des échelles d'évaluation supplémentaires peuvent être utilisées pour le dépistage de pathologie psychiatriques comorbides comme la dépression Hamilton Rating Scale for Depression - HAM-D¹⁴⁵), les troubles anxieux, (Hamilton Anxiety Rating Scale - HAM-A¹⁴⁶) et le trouble obsessionnel compulsif (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - Y-BOCS¹⁴⁷) – ces échelles ne sont pas fournies dans la présente trousse.

9. Rétroaction

Diagnostic

Le patient qui rencontre tous les critères ci-dessous a un TDAH:

1. **rencontre les critères de symptômes** selon les échelles d'évaluation et d'auto-évaluation utilisant les critères du DSM-5 et/ou une collecte d'informations collatérales et l'entrevue du médecin. Certains patients ont de la difficulté à s'auto-observer et vont mal rapporter les symptômes, ils n'en ont pas conscience et ne peuvent donc les identifier, mais vont les manifester clairement lors de l'entrevue clinique. D'autres patients ont un excellent aperçu de leur problème, mais les gens autour ne le connaissent pas assez bien pour identifier ce trouble
2. a un histoire du développement compatible avec les symptômes du TDAH et a présenté **des symptômes du TDAH durant l'enfance**
3. démontre un **impact fonctionnel** antérieur et actuel compatible avec le TDAH.
4. **n'a aucun autre trouble qui peut expliquer** les symptômes.

Ce qui suit NE DEVRAIT PAS être utilisé pour rejeter un diagnostic de TDAH:

1. le médecin n'a pas observé d'hyperactivité lors de l'entrevue clinique
2. le patient rapporte avoir beaucoup de problèmes avec l'organisation, la gestion du temps et les fonctions exécutives, mais est fiable dans ses rendez-vous, remplit les formulaires et paye pour le traitement

3. le patient se présente en disant qu'il/elle a lu sur le TDAH et il/elle croit en souffrir
4. il n'y a aucun antécédent familial
5. le conjoint ou le parent rapporte des symptômes de TDAH que le patient nie
6. le patient est bien éduqué ou occupe un poste de haut niveau
7. le patient est très intelligent et ses premiers bulletins scolaires ne mentionnent pas de problèmes d'attention ou de comportement. Pour certains, l'autonomie accrue et les défis vont entraîner un impact fonctionnel des années plus tard. D'autres patients peuvent, lors d'une exploration plus approfondie, fournir d'une manière très convaincante des stratégies d'adaptation inhabituelles comme passer un temps excessif pour faire leurs devoirs ou avoir un besoin accru d'assistance
8. le patient était clairement hyperactif, impulsif et inattentif quand il était jeune, mais a actuellement de la difficulté seulement avec quelques symptômes résiduels. Dans certains cas, l'impact fonctionnel demeure cliniquement significatif
9. le patient ne se souvient pas ou nie avoir eu des symptômes à l'enfance et n'a plus ses bulletins scolaires. Habituellement, un historique minutieux du développement révélera la preuve de l'impact du TDAH, même si le patient n'a pas eu connaissance, antérieurement ou actuellement, des symptômes qui ont provoqué ces conséquences.

Certains traits connexes qui peuvent contribuer à la confiance dans le diagnostic:

1. les symptômes typiques associés sont la procrastination, les attitudes d'opposition, de la difficulté avec le temps, l'insomnie, la réactivité, la sous-performance par rapport au potentiel, la performance variable et les accès de colère
2. le type d'atteinte fonctionnelle est compatible avec les atteintes caractéristique de ce trouble comme des problèmes d'écoute en classe, des difficultés à travailler efficacement, payer ses comptes, ses impôts, des impacts sur la conduite automobile, la consommation de cigarettes, etc.
3. antécédents familiaux psychiatriques positifs
4. comorbidités typiques: ces patients peuvent avoir des difficultés au niveau du processus auditif, avoir une écriture brouillon, de la difficulté à retenir ce qu'ils ont lu, abuser de substances (par exemple marijuana, cocaïne, nicotine ou caféine) et des changements d'humeur. Les problèmes typiques de comorbidité dans l'enfance incluent des infections de l'oreille, l'énurésie, les troubles d'apprentissage, trouble d'opposition avec provocation, le syndrome de Gilles de la Tourette ou des tics
5. le schéma des problèmes de développement correspond au parcours typique du TDAH. Par exemple des problèmes lors d'activités en groupe alors que l'enfant est en bas âge, de la difficulté à faire ses devoirs en troisième année, faire de mauvais choix d'amis, manquer des cours et être confrontant au secondaire, avoir des accidents automobiles et prendre des décisions financières impulsives à l'âge adulte, être attrayant pour les autres mais avoir de la difficulté à garder ses amis, occuper un emploi de travailleur autonome dans un emploi demandant une forte énergie et enfin, être susceptible aux accidents dans l'enfance et à l'âge adulte.

10. Traitements à considérer - TDAH non compliqué chez l'adulte

Le traitement du TDAH tout comme pour d'autres troubles chroniques du développement doit être multimodal et le patient aura besoin de support et de suivi prolongé. L'éducation continue concernant les stratégies d'adaptation, en plus des médicaments, permet au patient d'obtenir des gains au niveau du développement et du fonctionnement qui n'auraient pas été possible autrement.

Une séquence typique des interventions serait:

Psychoéducation¹⁴⁸⁻¹⁵⁰

Les symptômes du TDAH propres au patient et la façon dont ils contribuent aux atteintes fonctionnelles sont passés en revue à l'aide d'exemples sur la façon dont des symptômes similaires dans le passé ont eu des répercussions sur la capacité du patient à faire face aux défis du développement.

Intervention comportementale et définition d'objectifs

Les objectifs initiaux du patient sont examinés et une stratégie de traitement est planifiée. Cette stratégie peut inclure une thérapie de courte durée. Elle peut aussi inclure la résolution de problèmes pertinente aux déficits résiduels reliés à la fonction exécutive ou aux activités de la vie quotidienne. Une meilleure compréhension de la relation entre le TDAH et le fonctionnement dans le quotidien conduit souvent le patient à modifier son style de vie de manière à diminuer le stress associé. Par exemple l'étudiant qui, ne s'estimant pas prêt à se lancer dans les études universitaires, décide de prendre un emploi de mécanicien (un de ses passe-temps préférés) et de suivre des cours du soir pendant une année. Une employée de banque qui décide de changer d'emploi pour devenir serveuse ou coiffeuse, un milieu où elle se sentait plus à l'aise. Un père de famille s'est rendu compte qu'il s'ennuyait beaucoup à assister aux parties de baseball de son fils, ce qui provoquait une situation conflictuelle entre eux. Comme ils adoraient tous les deux pratiquer le ski, le père est devenu le moniteur de ski de son fils.

Technologies organisationnelles

Il existe bon nombre d'équipements électroniques et de logiciels qui aident à compenser les difficultés liées à la mémoire de travail, à pallier à une mauvaise calligraphie, ou à mieux gérer son temps. Parmi ceux-ci, on retrouve entre autres:

- Antidote www.druide.com
- Dragon Naturally Speaking® (logiciel de reconnaissance de la voix) www.nuance.com/dragon/index.htm
- Kidspiration® & Inspiration® (habiletés d'apprentissage, de communication et organisationnelles) www.inspiration.com
- Kurzweil 3000® (logiciel de scanning et de lecture) www.kurzweilededu.com
- Word Q® (logiciel d'aide à la rédaction et de prédiction des mots) www.gogsoftware.com
- Write Out Loud® (logiciel de traitement de texte oral) (Version anglaise seulement) www.writersblocks.com

Pour les adultes qui ne savent pas utiliser un clavier, n'importe quel programme approprié pourrait servir à améliorer leurs compétences dans ce domaine. Les PDA (Personal Digital Assistant - assistants personnels numériques) et les téléphones intelligents (iPhone, Blackberry®, téléphones android) peuvent aussi s'avérer fort utiles pour intégrer bon nombre de tâches organisationnelles. En outre, ces instruments ont souvent l'avantage de pouvoir se synchroniser avec les ordinateurs personnels. Ces dispositifs peuvent également être utilisés pour faire des rappels quand vient le temps de prendre une médication ou se rappeler d'un rendez-vous.

Étude d'efficacité/sécurité des médicaments

Lorsque pertinent, un essai avec l'un des médicaments de première ligne dans le chapitre 7 est initié et suivi d'une révision des symptômes, de la gestion de l'adhésion au traitement, de la recherche d'effets secondaires psychiatriques tels que la colère ou la dysphorie, la cotation des symptômes par le patient et la recherche d'information collatérale pour mesurer le degré d'amélioration. Le choix du médicament est déterminé par des questions telles que:

- le coût des médicaments;
- le moment de la journée où l'impact fonctionnel est le plus important ;
- la tolérance des effets indésirables (tels que l'insomnie);
- le risque d'abus de substances
- la présence de troubles comorbides;
- la capacité d'adhésion;
- le degré d'urgence de la réponse;
- et le choix du patient après avoir examiné les risques et les avantages de chaque option de médicaments.

Optimisation du traitement

Ⓢ L'utilisation des médicaments permet la réduction de certains symptômes, mais le traitement optimal se produira lorsque le degré fonctionnel sera normalisé, avec une approche multimodale qui inclut la combinaison avec des changements de style de vie.

Suivi

La plupart des patients devrait être suivis régulièrement par leur médecin de famille qui: a) adaptera et maintiendra l'effet optimal des médicaments; b) maintiendra la motivation du patient et fera les références nécessaires pour d'autres traitements au besoin

CHAPITRE 6: TRAITEMENTS/INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

Introduction

Le TDAH est un trouble neurobiologique chronique qui peut toucher tous les aspects de la vie quotidienne de l'individu tout au long de sa vie, y compris le fonctionnement social, affectif, scolaire, le rendement professionnel, les relations, le mariage, la vie familiale et la santé physique. Par conséquent, une **approche multimodale complète et collaborative**, adaptée pour répondre aux besoins uniques de chaque individu, est non seulement importante, mais essentielle afin que ces personnes puissent mener une vie fructueuse et enrichissante.

Tel qu'indiqué dans les chapitres précédents, le médecin de première ligne est en position unique pour suivre une personne atteinte de TDAH sur une base régulière et ce, pour toute sa vie. **Établir un climat de confiance** dès le début avec le patient et sa famille est essentiel pour des soins optimaux et vital pour la réussite du traitement. La relation qui se développe entre le patient, la famille et le médecin est la pierre angulaire de la bonne gestion et la coordination des soins. Pour les adolescents atteints de TDAH, des questions relatives à la confidentialité peuvent être soulevées et plus de temps peut être nécessaire pour établir une telle relation avant que l'adolescent ne soit prêt à s'engager à changer son style de vie.

Il faut être conscient des **différences entre les sexes**^{151, 152}. Les femmes sont plus susceptibles d'avoir un TDAH de sous-type inattentif. Les filles peuvent être plus anxieuses et plus motivées à plaire aux autres, particulièrement lorsqu'elles sont jeunes. Elles donnent l'impression de s'être adaptées, mais leurs atteintes fonctionnelles peuvent être cachées ou ignorées. Par conséquent, le TDAH peut ne pas avoir été diagnostiqué auparavant ou être traité de façon sous optimale.

La famille, l'école/le milieu de travail, d'autres professionnels ainsi que le médecin, sont tous des membres essentiels de l'équipe qui supporte l'individu pour son traitement. **Être des participants actifs dans tous les aspects du traitement**, y compris la prise de décision, est la pierre angulaire des soins, assurant une communication ouverte et une meilleure adhésion au traitement à tous les âges et toutes les étapes de la vie.

Aperçu de l'intervention psychosociale

La recherche a démontré que la thérapie pharmacologique combinée avec des interventions psychosociales (multimodale) est plus efficace dans le traitement des principaux symptômes du TDAH et de l'impact fonctionnel en résultant^{103, 153-161}. Ces interventions peuvent être divisées en quatre catégories principales:

- a. Les approches psycho-éducatives^{96, 162, 163} sont les plus appropriées pour les personnes âgées de 8 ans et plus et sont destinées à mieux outiller le patient et son entourage avec des informations sur ce trouble, ses impacts et comment fonctionner à son maximum avec le TDAH. Ces approches peuvent aussi inclure l'enseignement de stratégies, l'usage du monologue intérieur et le développement des compétences organisationnelles. Les thèmes abordés peuvent inclure une bonne hygiène de sommeil, la gestion de la colère, les compétences organisationnelles, etc.
- b. Les interventions comportementales⁸⁸⁻⁹³ peuvent être mises en place à n'importe quel âge et incluent un système adapté individuellement de récompenses, conséquences, système de points ou de jetons (pour des groupes comme les salles de classe), gestion de l'environnement, coaching pour un TDAH et le changement de style de vie (alimentation, exercice, sommeil)
- c. Les interventions sociales¹⁶⁴⁻¹⁷⁵ sont utiles à tous les âges et comprennent l'entraînement aux habiletés sociales, la gestion de la colère, les loisirs supervisés, et la formation parentale
- d. La psychothérapie^{97-99, 101-110, 144, 176} pour les adolescents et les adultes atteints de TDAH avec/sans des conditions comorbides telles qu'une faible estime de soi, la dépression et l'anxiété incluent: l'usage du monologue intérieur, la thérapie cognitive comportementale, la thérapie interpersonnelle, la thérapie familiale, la thérapie par l'art expressif, la thérapie par le jeu et la psychothérapie de soutien (typiquement pour des problèmes d'adaptation et

des préoccupations d'ordre émotionnel moins graves). Des approches de type TCC spécifiques au TDAH ont aussi été démontées efficaces pour réduire l'impact du TDAH au quotidien

- e. Les accommodements scolaires et professionnels incluent le renforcement des stratégies académiques, des plans d'enseignement spécialisés et des interventions en milieu de travail.

Les individus atteints de TDAH fonctionnent mieux dans un environnement structuré et prévisible où les règles, les objectifs, les attentes et les conséquences sont claires. Dans certains cas, il serait préférable de les afficher dans un endroit bien en vue afin que cela devienne une routine. Par exemple les enfants pourraient avoir leur routine matinale affichée sur leur porte et une autre sur leur bureau pour ce qui concerne leur routine à l'école. Pour les adolescents, cette liste pourrait être affichée sur la porte de la maison afin qu'ils la voient à chaque fois qu'ils entrent et sortent de la maison. Pour les adultes, cela pourrait être sur le réfrigérateur ou sur leur bureau au travail. Les rappels sont très importants. Ceux-ci doivent être simples, clairs et peu nombreux. Les conséquences immédiates et le renforcement positif sont la meilleure façon de procéder, et un suivi étroit des réussites et des échecs est essentiel pour assurer des résultats positifs.

Interventions psychosociales spécifiques

Les présentes lignes directives peuvent être facilement intégrées dans la pratique quotidienne de clinique de première ligne et permettre au médecin de fournir le soutien psychosocial nécessaire et requis par les individus atteints de TDAH et leur famille. Ce type de support n'est peut-être pas disponible ailleurs dans la communauté ou peut être inaccessible en raison du coût ou de longues listes d'attente. Les techniques suivantes sont issues de travaux de recherches basés sur les évidences.

Les médecins peuvent choisir de commencer avec un ou peut-être deux sujets de préoccupation du patient, sélectionner quelques stratégies de la liste, puis modeler le comportement désiré et discuter des résultats attendus au patient ou à ses aidants. Il est essentiel de donner du travail individuel (devoirs) pour mettre en pratique ces compétences.

En tant que médecin, n'oubliez pas que certaines techniques de travail peuvent fonctionner pendant un certain temps et que d'autres peuvent fonctionner la majorité du temps. Découvrez laquelle est la plus efficace pour votre patient et sa famille. Patience, cohérence et compréhension sont des éléments fondamentaux de la réussite du traitement et la clé pour le succès, le bonheur et l'accomplissement dans la vie d'un individu atteint de TDAH, quel que soit l'âge.

Interventions psychoéducatives (enseignement sur le TDAH)^{43, 96, 111, 177-192}

Ⓢ La première étape consiste à demander au patient et à sa famille ce qu'ils savent du TDAH ou croient savoir et s'ils connaissent des personnes atteintes de TDAH. Ensuite, éduquer le patient atteint de TDAH en ce qui concerne le diagnostic, l'évaluation, les enquêtes possibles/tests et les mythes. Expliquer les options de traitement en détail, y compris la pharmacothérapie et l'intervention psychosociale, les risques et les avantages de chacune, ainsi que l'importance d'utiliser une combinaison des deux⁶⁸. Lui donner de la documentation sur le TDAH, les médicaments, les sites Web, les livres, les vidéos, les ressources communautaires, les groupes de soutien, la formation des parents, les habiletés sociales, ainsi que sur les stratégies pour une gestion réussie. Un site Web intéressant pour les adultes pour qui l'anglais n'est pas un obstacle est le **www.TotallyADD.com**

Conseil pratique: Raisons fréquentes invoquées par les médecins pour ne pas faire de psychoéducation

- 1. «Je n'ai pas le temps»: Le fait de télécharger du matériel fourni par les sites web ou d'imprimer les outils d'informations provenant des LDC peut être utile pour faciliter la démarche de psychoéducation.*
- 2. «Je veux faire de l'éducation de groupe, mais je n'ai pas de place»: Si c'est possible, vous pouvez transformer votre salle d'attente en une salle de groupe après le dernier rendez-vous de votre journée, pouvant contenir dix personnes ou plus. Vous pouvez ensuite donner une session sur des sujets spécifiques comme les interventions*

comportementales ou les médicaments à plusieurs personnes rendant ainsi la diffusion d'informations plus efficace. Les participants ayant des préoccupations communes seront également en mesure de se soutenir mutuellement.

3. «*J'imagine que s'ils ont des questions, ils vont me les poser*»: Les patients atteints de TDAH ont souvent besoin que l'on devance leurs questions. Il ne faut pas croire qu'ils ont en main les informations dont ils ont besoin.

Gestion des comportements

Identifier les objectifs et cibler les comportements à changer. Il y a beaucoup de symptômes dans le TDAH, mais la tâche en rapport avec les modifications comportementales consiste à choisir les symptômes spécifiques sur lesquels travailler (pas plus d'un ou deux à la fois). Les objectifs doivent être adaptés aux besoins du patient et être appropriés pour les différents âges et étapes du développement. Les objectifs peuvent changer avec le temps lorsque les circonstances changent. Voici quelques exemples:

1. Enfants d'âge préscolaire présentant des crises de colère – répondre positivement aux comportements désirés, ignorer les mauvais comportements et utiliser des techniques de retrait (ex.: technique du 1-2-3).
2. Enfants d'âge scolaire – leur apprendre à utiliser des listes ou un agenda, obtenir des rappels de leurs enseignants, toujours en utilisant des incitations positives.
3. Adultes – garder clés et téléphone cellulaire dans un endroit visible et toujours le même. Afficher des listes pour se rappeler les choses à vérifier chaque matin avant de quitter la maison.

Encadrer leur environnement et structurer les journées. Une fois que les habitudes sont renforcées de façon régulière, elles peuvent devenir automatiques. Promouvoir la routine, la constance et le suivi autant que possible, en particulier pour les activités matinales, après l'école/travail et au coucher. Afficher des listes de contrôle qui doivent être claires, peu nombreuses et placées dans des endroits évidents et appropriés pour la tâche à faire (réfrigérateur, chambre, bureau, etc.) Utiliser des protecteurs de feuilles et des marqueurs effaçables à sec afin que les listes puissent être cochées et réutilisées. Les habitudes prennent un peu plus de temps à se développer chez les patients atteints de TDAH et par conséquent les stratégies d'incitation sont souvent nécessaires.

Aider à choisir les incitations positives pour promouvoir les comportements désirés:

1. Ces incitations doivent être adaptées à l'âge, au stade de développement, à la capacité économique, et doivent cadrer avec les croyances de la famille/systèmes culturels. Elles doivent inclure des activités ou privilèges que le patient peut faire et des articles qu'il peut gagner (à savoir: des autocollants, des jouets pour les jeunes enfants, des jetons, jeux vidéo, TV, plats préférés, etc)^{47, 193, 194}. Pour les jeunes enfants, les récompenses devraient idéalement être fréquentes, petites, tangibles et immédiates. Pour les patients plus âgés, les conséquences naturelles peuvent être très motivantes (p. ex: clés de la voiture pour l'adolescent, argent, heures plus tardives de couvre-feu, sorties spéciales).
2. Ces incitations doivent être variées et souvent changées afin de maintenir l'intérêt du patient atteint de TDAH qui a besoin de nouveauté. Des renforcements différents peuvent être encore plus puissants (p. ex: «Quand vous faites ..., alors vous pourrez choisir un item dans la boîte de prix»).
3. Utiliser des incitations positives, tout en évitant les menaces négatives (ex: «Quand vous faites ... alors vous recevrez ...» quelque chose de positif plutôt que «Quand vous ne faites pas ... alors vous recevrez ...» une punition). Cela favorise une éthique de travail naturelle qui améliore également l'estime de soi et la fierté de la réussite. Un comportement impulsif est souvent un thème à travailler tout au long de la vie. Les enfants atteints de TDAH peuvent être demandant et ils ont besoin de savoir qu'ils peuvent gagner la récompense désirée en travaillant pour l'obtenir. Le travail en premier, le plaisir ensuite! Il faut utiliser des techniques similaires pour les adultes atteints de TDAH impatient qui peuvent encore manquer de tolérance à la frustration et de patience dans l'attente de récompenses.

Formation parentale^{181, 182, 195}: Les enfants atteints de TDAH peuvent être difficiles et irriter les figures d'autorité. La recherche démontre que cela peut être stressant pour les parents¹⁹⁶. Trop souvent les parents attirent l'attention

des enfants par des interventions négatives. Des approches parentales positives et un encadrement sont essentiels. Des documents audi-visuels pour les parents sont disponibles en ligne en anglais dans la section adressée aux parents sur le site Web de CADDRA (www.caddra.ca) et sur celui de CADDAC (www.caddac.ca) de même qu'en français sur www.attentiondeficit-info.com. Les parents doivent également être dirigés vers les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui ont, selon les régions, parfois des programmes d'éducation parentale.

Les aider à utiliser des agendas, organiser et maintenir leurs rendez-vous de même qu'être à l'heure. Encourager l'utilisation de calendriers (les calendriers mensuels en un coup d'œil sont les meilleurs), listes, agendas, appareils électroniques, notes autocollantes, tableaux, chemises de couleur, minuteries, etc.

Coaching pour le TDAH. Bien qu'il n'y ait aucune accréditation actuellement au Canada, il y a de nombreuses personnes qui se disent des «coach» pour le TDAH. Ils sont généralement ergothérapeutes, travailleurs sociaux ou d'autres professionnels de la santé. Certaines de ces personnes sont elles-mêmes atteintes de TDAH et susceptibles d'en comprendre la souffrance. Cependant, il faut faire attention à ce qu'elles demeurent dans les limites de leur compétence et de leur formation. Le rôle d'un coach est d'aider le patient à respecter des horaires spécifiques de modification de comportements par des suivis hebdomadaires et des rappels. Leur rôle est d'aider le patient à faire d'importants changements de style de vie par la promotion de bonnes habitudes. Si utilisés, ils doivent faire partie de l'équipe de traitement qui comprend le médecin (s'occupant de la médication) et du psychologue ou travailleur social qui s'occupe de la thérapie individuelle de même que d'autres professionnels au besoin.

Promouvoir de sains changements de style de vie¹⁸⁵: Les personnes atteintes de TDAH ont souvent de la difficulté avec leurs propres besoins physiques quotidiens (par exemple, le sommeil, les repas, l'hygiène personnelle, l'entretien ménager) et doivent créer un style de vie équilibrée, en développant des habitudes régulières et des routines. Faire des soins personnels une priorité. Promouvoir l'exercice sur une base régulière (par exemple: marche rapide, musculation, vélo, sports), car cela diminue le stress et la frustration, améliore la concentration et la clarté cognitive, augmente les endorphines, améliore l'humeur et redonne un sentiment de bien-être¹¹⁴⁻¹¹⁶. Une hygiène de sommeil uniforme et une bonne nutrition sont des ingrédients essentiels pour une vie saine.

Interventions sociales

DC Mettre en évidence les forces et talents du patient: Le médecin peut souligner une qualité particulière mise en évidence lors de l'évaluation et encourager le développement accru des compétences dans ce domaine. La théorie des intelligences multiples de Gardner¹⁹⁷ est un cadre utile, car elle se concentre sur les aspects non traditionnels de la capacité (p. ex. œuvres d'art, danse, musique, sports, échecs,).

Lors des rencontres cliniques, donner l'exemple d'habiletés socialement appropriées¹⁹⁸: Par exemple, la façon de bien accueillir les autres sur le terrain de jeux, au collège ou en milieu de travail, ou comment gérer une difficulté avec un collègue, le patron. Attribuer des devoirs et faire pratiquer ces habiletés.

Gestion de la colère: C'est souvent un problème majeur pour un individu atteint de TDAH quel que soit son âge. Des stratégies appropriées de résolution des conflits doivent être mises en place. Créer un environnement sécuritaire est la première priorité. Dans les cas plus extrêmes, les services sociaux et les corps policiers doivent être impliqués. Toutefois, si tel est le cas, il demeure possible de créer un contrat affectif qui peut être bénéfique pour la famille.

Formation des habiletés sociales: Beaucoup d'enfants atteints de TDAH sont gênés avec les autres. Ils veulent avoir des amis, mais peuvent les déranger par leur comportement parfois naïf, immature et égocentrique. À l'occasion, ils ne reconnaissent pas ou ne voient pas les indices non-verbaux ou interprètent mal les règles sociales telles: quand et comment demander de se joindre au groupe ou ont de la difficulté à ne pas interrompre. Il est important de noter qu'il existe plusieurs atteintes fonctionnelles au niveau des compétences sociales et certains niveaux de l'impact fonctionnel peuvent être dû simplement au TDAH, alors que pour d'autres, il peut y avoir suffisamment d'atteintes aux compétences sociales et de problèmes nécessitant une évaluation pour un diagnostic possible trouble du spectre autistique. Se faire des amis est une compétence importante que l'école et les parents peuvent ensemble faciliter.

De bonnes amitiés peuvent être un facteur de protection dans la réduction de certains impacts négatifs associés au TDAH¹⁹⁹. Lorsque des problèmes sociaux continuent à l'âge adulte, le patient atteint de TDAH peut se retrouver isolé ou ignoré pour une promotion. Les groupes locaux de soutien pour adultes atteints de TDAH peuvent souvent aider.

Psychothérapie

Mettre l'accent sur le positif pendant la rencontre: Un simple mot d'encouragement, une louange ou une reconnaissance¹¹¹ par le médecin d'un comportement approprié observé ou signalé au cours de la rencontre peut aider à contrer le flux constant des plaintes à la maison, à l'école, au collège, d'un conjoint et des parents. D'autres (parents, proches) peuvent améliorer leurs relations avec le patient par le transfert de cette approche à de nombreuses situations.

Augmenter l'estime de soi: Encourager la reconnaissance verbale et tangible pour les réalisations. Pour les jeunes, encourager les parents, les enseignants et les entraîneurs à leur remettre des certificats, médailles, plaques et autocollants. Utiliser un système de points ou des jetons. Pour les adolescents, mettre l'adolescent dans un rôle de leadership qui favorisera la motivation continue et l'acquisition d'habiletés. Pour les adolescents et les adultes, les encourager à réfléchir sur leurs réalisations, talents, habiletés, appartenances sociales. L'humour est un moyen très efficace pour les aider à maintenir la vie en perspective.

Thérapies de relaxation: Quand les individus atteints de TDAH sont débordés, ils ont une faible tolérance à la frustration et peuvent éprouver des crises de colère (par exemple: "avoir la mèche courte"). L'activité physique et les pauses peuvent aider à diminuer le stress et diffuser la frustration. Les techniques de relaxation comme la méditation, des exercices de respiration profonde, le yoga ou de la musique peuvent aussi être utiles, même si la recherche est limitée et les résultats mitigés.

Thérapie cognitive comportementale: TCC (plus d'explications dans les documents à l'appui 6B) La TCC est un type bien établi de psychothérapie qui met en défi la pensée et les croyances négatives de la personne en faveur d'une nouvelle façon de penser. Elle est largement utilisée pour les troubles de l'humeur et d'anxiété et de la recherche récente démontre son importance chez les adultes atteints de TDAH^{97, 98, 171, 173-175}. Elle peut également être bénéfique pour les adolescents, mais la preuve n'est pas aussi claire. Il est probable que la TCC exige de la motivation et un engagement de changer qui peuvent faire défaut chez certains adolescents. Bien que la TCC soit utilisée chez les enfants souffrant de troubles anxieux, elle n'a pas été utilisée avec succès dans le traitement du TDAH^{148, 200}.

Psychothérapie de soutien: Il est préférable de choisir un symptôme spécifique à travailler, mais l'intention est d'aider à fournir une aide au patient atteint de TDAH qu'il peut ne pas avoir, ainsi que de l'encouragement et des stratégies de résolution de problèmes.

Thérapie familiale: Comme le TDAH est un trouble hautement héréditaire⁴³, il y a souvent une dynamique interpersonnelle négative entre les parents et des conflits avec les enfants. En conséquence, il est souvent nécessaire de résoudre les problèmes de la famille, le manque de structure et les conflits qui existent. L'objectif central de la thérapie familiale est de réduire le niveau des émotions négatives et de s'attarder à l'approche qu'adopte la famille pour résoudre les problèmes et régler les conflits.

Interventions pédagogiques/au plan professionnel²⁰¹⁻²⁰³

Les individus atteints de TDAH souffrent de déficits importants au niveau des fonctions exécutives (gestion du temps, organisation) qui peuvent entraîner un handicap marqué à l'école, au collège et au travail. Cela place le patient atteint de TDAH en désavantage important pour l'accomplissement des tâches, projets et examens. Leur performance quotidienne peut être altérée et les réalisations futures sérieusement compromises en raison d'erreurs d'inattention, de questions mal lues, d'accumulation de retards ou encore de projets terminés non remis, par exemple. Les enseignants peuvent aller rechercher du support et des conseils sur ces aspects sur le site web : www.teachadhd.ca (Ce site est actuellement en anglais mais une traduction du programme TeachADHD sera disponible sous peu).

Faire des recommandations en classe: La CADDAC, une organisation sœur de la CADDRA, dispose d'un guide complet pour les accommodements scolaires qui est disponible à www.caddac.ca/cms/page.php?66 (informations disponibles actuellement en anglais seulement). Le Calgary Learning Centre (www.calgarylearningcentre.com) fournit également des ressources en ligne (informations disponibles actuellement en anglais seulement). Un site québécois, www.attentiondeficit-info.com, a une section bilingue sur les adaptations en milieu scolaire. Des accommodements en classe peuvent être de faire asseoir l'élève loin des distractions (crayons, fenêtres, porte, etc) et à côté d'élèves modèles, si possible. Autoriser des pauses pour bouger (p. ex: permettre à l'étudiant de nettoyer le tableau, recueillir des documents, faire des courses). L'utilisation d'objets appropriés tels que des bracelets, coussins spéciaux, écouteurs et gomme à mâcher peut être utile dans certains cas pour diminuer les distractions tout en faisant les travaux en classe.

Structurer l'environnement: Un style d'enseignement ferme et structuré tout en étant flexible est favorisant pour un élève atteint de TDAH. Afficher des listes de rappel sur ou dans les bureaux et les armoires. Demander aux enseignants ou aux personnes supervisant les devoirs à la maison de vérifier les agendas afin de s'assurer que les devoirs se rendent à la maison. Avoir un exemplaire supplémentaire des manuels à la maison si possible. Considérer permettre à l'élève de présenter son travail avec un échéancier plus long, après la date de tombée prévue pour celui-ci.

Tests d'orientation professionnelle: Les adolescents vont souvent bénéficier de tests d'orientation professionnelle vers la fin du secondaire afin qu'ils puissent comprendre que l'école est un tremplin vers la carrière de leur choix. Certains adolescents atteints de TDAH commencent à perdre intérêt à l'école et ont un taux élevé d'abandon. Ils ont également des difficultés, en particulier dans leurs premières années au collège ou à l'université en raison du manque de structure et de responsabilisation. Dans les cas de difficultés à l'école induites par le TDAH, le médecin doit souvent envoyer une lettre à l'appui des accommodements scolaires dont ces personnes ont de besoin. (Voir chapitre 6, document de soutien 6A pour un modèle proposé).

Milieu de travail: À l'âge adulte, l'annonce au travail du diagnostic de TDAH peut limiter les chances de promotion, mais le diagnostic peut être utile pour obtenir des accommodements plutôt que de risquer un congédiement. Les employeurs ont l'obligation de prévoir des accommodements pour cette condition. Quelques exemples incluent l'utilisation d'un casque pour limiter le bruit extérieur, l'augmentation de la fréquence des rencontres pour évaluer le progrès avec le superviseur immédiat et l'utilisation d'un logiciel de correction de textes ou de dictée vocale.

Stratégies de surveillance

Il existe de nombreuses façons simples pour surveiller la réponse aux médicaments et aux traitements, y compris les questionnaires, agendas, grilles, bulletins quotidiens^{43, 96}, résultats d'examen et commentaires en milieu de travail, des parents et du conjoint. Ces méthodes fournissent d'excellents indices sur le progrès, les comportements, les habiletés sociales et le succès ou l'échec des thérapies, incluant la médication. Les bulletins quotidiens conçus pour cibler des objectifs spécifiques pour un élève atteint de TDAH peuvent bien fonctionner tout en promouvant conformité et la communication avec les parents. En outre, ils offrent aux parents la possibilité de donner des incitations positives à la maison. Ils sont aussi excellents pour le suivi de la réponse aux médicaments en période d'essai.

Promotion des droits

La charte des droits et libertés exige que la personne ayant un handicap soit accommodée en milieu scolaire et dans son lieu de travail. Malheureusement, ces accommodements ne sont pas généralement offerts sans une intervention spécifique. Le médecin doit écrire des lettres à l'école/collège/lieu de travail pour l'individu présentant un handicap occasionné par son TDAH. Il doit décrire ce handicap et indiquer/suggérer des dispositions spéciales à prendre comme la prise de tests dans un environnement moins distrayant, avoir du temps supplémentaire pour des projets/tests. L'utilisation des ordinateurs et agendas électroniques sont inestimables et contribuent de manière significative à la réussite des personnes atteintes de TDAH. Enseigner les habiletés de l'autoreprésentation⁹⁶.



Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

DEMANDE D'ÉVALUATION EN PSYCHOLOGIE ET EN ORTHOPÉDAGOGIE

Date: _____

Nom et adresse de l'établissement scolaire:

Chère directrice, cher directeur:

Re: Nom de l'enfant: _____

Nom des parents: _____

Date de naissance: (jj/mm/aa) _____

Niveau/Enseignant: _____ / _____

L'enfant nommé ci-haut a été évalué pour un Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Conformément aux lignes directrices pour le TDAH¹, une évaluation en psychologie et en orthopédagogie est indiquée lorsqu'il y a une possibilité d'un impact au niveau du fonctionnement scolaire.

La recherche indique que la comorbidité du TDAH et des troubles d'apprentissage spécifiques (TAS) est relativement élevée, avec environ 31% à 45% des élèves atteints d'un TDAH ont un TAS et vice versa². Par conséquent, une évaluation psychopédagogique qui comprend des mesures cognitives et de performance standardisées administrées individuellement, une évaluation clinique complète et toutes autres mesures que le psychologue jugera appropriées (par exemple tests de traitement phonologique, fonctions exécutives) est nécessaire pour établir le plan de traitement éducatif et psychologique. Je comprends que l'évaluation psychopédagogique peut être un lourd fardeau financier pour la commission scolaire et/ou les ressources de la communauté, mais une telle évaluation est une composante essentielle d'un diagnostic différentiel.

Je tiens à vous remercier à l'avance pour votre collaboration et j'apprécierais grandement recevoir les résultats de l'évaluation dès qu'ils sont disponibles afin que l'évaluation pour un diagnostic puisse être réalisé et un plan de traitement initié. Par la suite, nos recommandations seront utiles pour l'école pour l'élaboration d'un plan d'intervention pour l'élève.

N'hésitez pas de communiquer avec moi si vous avez des questions ou des commentaires.

Cordialement,

Signature _____

Prénom et nom _____

Téléphone _____

Télécopieur _____

¹ (Tel qu'indiqué dans les Lignes directrices de la Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA); par l'American Academy of Pediatrics; l'American Academy for Child and Adolescent Psychiatry; les NICE Guidelines; et les Australian ADHD Guidelines)

² DuPaul G.J., Gormley M.J. and Laracy S.D. (2013). Co-Morbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for Assessment and Treatment. J Learn Disabilities: 46(1) 43-51.



Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

MODÈLE-CADDRA DE LETTRE POUR DES ACCOMMODEMENTS SCOLAIRES

Ce document peut aussi être copié ou téléchargé à partir du site www.caddra.ca. Il peut être utilisé comme canevas pour rédiger une demande pour des accommodements scolaires pour le patient.

Date: _____

Nom et adresse de l'établissement scolaire:

Chère/Cher _____,

Je vous écris pour vous informer que votre élève, _____, a été diagnostiqué(e) avec un TDAH. Ce diagnostic a été fait suite à une évaluation clinique diagnostique *comprenant la cueillette d'information en rencontre directe et par des échelles d'évaluation, une évaluation psychopédagogique et* _____.

Je vous demande qu'une rencontre ait lieu pour discuter du profil cognitif, académique et psychologique de cet(te) élève, car je crois nécessaire qu'un plan d'enseignement individualisé (PEI) soit développé pour _____ afin de s'assurer que ses besoins soient rencontrés pour qu'il/elle puisse progresser dans son cheminement scolaire. Il est essentiel que des accommodements soient mis en place afin de s'assurer que cet(te) élève soit en mesure de réussir avec succès son programme scolaire. Ces accommodements sont essentiels afin de l'aider à compenser pour ses difficultés d'apprentissage qui incluent: difficulté à maintenir son attention, distractibilité, atteinte des fonctions exécutives, pauvre mémoire de travail, résolution de problèmes, calcul mental prendre des notes en même temps qu'écouter l'enseignant, vitesse de traitement ralentie telle qu'observée sur le *WISC-IV PSI*.

D'autres troubles d'apprentissage en dehors des paramètres du TDAH pourraient également être mentionnés dans le rapport psychopédagogique. Suite à mon évaluation clinique, je recommande la mise en place des accommodements suivants provenant de la liste des accommodements de la *Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA)*. À ceux-ci pourraient s'ajouter des accommodements supplémentaires décidés par l'établissement scolaire et mis en place avec la collaboration des parents de cet(te) élève.

- Directives directes, clarification fréquente et répétition afin d'aider à compenser les difficultés d'attention
- Désigner une place pour asseoir l'élève qui favorise la réduction de l'impact de sa distractibilité
- Fournir du temps supplémentaire pour la remise des devoirs, des travaux en classe, lors des tests et des examens de même qu'une flexibilité des dates d'échéance
- Les tests et les examens devraient être effectués sur un ordinateur (utiliser un vérificateur d'orthographe s'il y a lieu) ou oralement si nécessaire
- Fournir un environnement calme pour écrire les tests et compléter les projets, réduisant la distraction externe
- Garder au minimum la quantité de texte à recopier (à partir du tableau ou autre)
- Donner par écrit les directives pour de longs travaux pour faciliter la référence aux consignes
- Fournir des copies écrites des présentations PowerPoint, des notes des camarades de classe et de l'enseignant
- La flexibilité dans la planification des tests et examens est essentielle si l'élève est facilement débordé
- Permettre l'utilisation de casque d'écoute pendant le temps de travail individuel en classe peut réduire l'impact des bruits environnants et faciliter l'attention sur la tâche à exécuter
- Ne pas pénaliser indûment pour la grammaire ou l'orthographe
- Permettre la clarification des questions sur les tests et les devoirs/projets
- Nécessité de fournir plus de pauses
- Besoin d'aide pour les devoirs/projets, entre autres: diviser la tâche en petites sections; gestion du temps; procrastination, revoir avec l'élève les dates d'échéance et les travaux à faire afin de s'assurer que les directives ont bien été comprises
- Aide d'une personne pour la prise de notes, si possible.

Vous remerciant de votre précieuse collaboration et n'hésitez pas à communiquer avec moi si vous avez des questions supplémentaires.

Cordialement, _____



THÉRAPIE COGNITIVE COMPORTEMENTALE

Historique et justification

La thérapie cognitive comportementale (TCC) a pris naissance dans les années 1960. C'est l'œuvre charnière d'Albert Ellis et d'Aaron T. Beck, et elle s'est grandement répandue pour plusieurs raisons:

- a) elle pouvait être contenue dans un manuel (ce qui signifiait qu'elle pouvait être testée pour déterminer son efficacité);
- b) son application démontrait une compréhension concrète de la pensée négative ce que la majorité des thérapeutes recherchaient au lieu d'une approche théorique comme la psychanalyse par exemple
- c) elle pouvait être faite par des non-psychologues et autres professionnels hautement qualifiés.

Il n'est pas surprenant que la recherche ait mis l'accent sur l'utilité de la TCC comme une option de traitement possible pour le TDAH, car:

- a) les enfants avec un TDAH attirent l'attention négative sur eux-mêmes par leur comportement;
- b) ce trouble s'intériorise à l'adolescence et se présente le plus souvent chez l'adulte comme étant un trouble de l'humeur et de l'anxiété;
- c) le dialogue interne de la personne avec un TDAH tend à être la dépréciation de soi et l'autosabotage.

Littérature sur TCC et TDAH

Il y a plusieurs années dans une revue, Dr. Howard Abikoff et collaborateurs⁹⁹ avait clairement indiqué que la thérapie cognitive comportementale n'était pas très efficace pour les enfants atteints de TDAH. Le manque de motivation et de maturité avait été suggéré comme raison possible. Récemment, plusieurs chercheurs ont démontré que la thérapie cognitive comportementale pour les adultes atteints de TDAH peut être efficace avec ou sans médication. Dr. Steven Safren et son équipe¹⁰⁰ ont démontré que les adultes atteints de TDAH qui présentent des difficultés malgré un traitement pharmacologique voient leur problématique s'améliorer après avoir reçu un traitement individuel de type TCC^{244, 245}. Ils ont manualisé leur approche (guides du thérapeute et du client disponibles aussi en français depuis 2010). Depuis, Dr. Mary Solanto et son groupe¹⁰¹ ont rapporté l'efficacité d'une intervention de thérapie métacognitive comportementale de 12 semaines qui portait principalement sur la gestion du temps et de l'organisation chez les adultes atteints de TDAH. Dr. Anthony Rostain¹⁰² et ses collègues ont rapporté l'utilité d'une intervention de thérapie cognitive comportementale qui a porté à la fois sur la gestion cognitive du temps et du sens de l'organisation ainsi que l'habileté émotionnelle, l'impulsivité, les problèmes relationnels et de l'estime de soi chez les adultes atteints de TDAH.

Dr. Lily Hechtman¹⁰³ et ses collègues à Montréal ont présenté les résultats préliminaires d'une étude impliquant des adultes atteints de TDAH qui ont été assignés au hasard à un médicament stimulant seulement, à une thérapie cognitive comportementale (TCC) seulement et une intervention combinée de TCC et de médicaments stimulants. La thérapie cognitive comportementale est présentée en 12 séances hebdomadaires de groupe de 6 à 10 sujets et se concentre sur la gestion du temps et le sens de l'organisation ainsi que la gestion de la colère, l'impulsivité, les relations, le recadrage cognitif et l'estime de soi. Chaque participant reçoit également un coaching individuel, trois fois par semaine, pour aider à mettre en œuvre les habiletés enseignées par la TCC. Finalement, 3 séances de rappel mensuelles avec un suivi hebdomadaire de coaching font partie de l'intervention afin d'aider à maintenir les gains du traitement. L'étude est en cours, mais les résultats préliminaires indiquent que les médicaments stimulants et la TCC sont efficaces, avec quelques avantages vus dans le groupe TCC combinée avec médicaments.

En Allemagne, Dr. Alexandra Philipsen²⁰⁵ explore une approche dialectique de la thérapie cognitive comportementale pour les adultes atteints de TDAH, car ces adultes ont montré des similarités dans leur habilité émotionnelle et leur impulsivité avec des patients ayant un trouble de personnalité borderline qui ont bénéficié d'un tel traitement. Cette étude est en cours.

Modèle de traitement actuel

Le modèle de traitement actuel souligne deux éléments. Le premier porte sur le comportement qui consiste à l'organisation et la gestion du temps. Le second explore des hypothèses internes et des croyances sur soi-même qui influencent sur le comportement de la personne et peuvent conduire à des croyances et des comportements automatiques inadaptés. La modification de ces croyances ou de "recadrage" est un aspect important de la thérapie qui est aidée par la pratique et l'apport thérapeute.



TDAH ET LA CONDUITE AUTOMOBILE

Points clés pour les médecins à réviser avec les adolescents et adultes atteints de TDAH:

Données concernant les risques:

- a) Des études cliniques indiquent que les jeunes conducteurs avec un TDAH non traité ou mal traité ont entre 2-4 fois plus d'accidents routiers et infractions routières que la population générale²⁰⁶
- b) Ces problèmes de conduite automobile sont observés indépendamment de la comorbidité. Le profil de problèmes inclut la rage au volant
- c) La présence du TDAH et les troubles comorbides de consommation de substances magnifient les risques de conduite
- d) L'immaturité du développement neurologique des fonctions exécutives – résultant à des problèmes avec l'attention, l'impulsivité et la gestion des émotions - combinée avec un manque d'expérience de conduite automobile peut entraîner des problèmes de conduite automobile chez les jeunes en général
- e) Basés sur des études de simulation, les médicaments stimulants peuvent réduire les difficultés cognitives liées aux problèmes de conduite automobile chez les personnes atteintes de TDAH. Cependant, les données sur la route démontrant les bénéfices des stimulants sont limitées dans le temps. La prise de médicaments stimulants est particulièrement faible en soirée, temps propice des risques de conduite automobile chez les jeunes conducteurs.

Facteurs de protection:

- a) Les restrictions sur l'usage du cellulaire, la conduite pendant le soir et les fins de semaine, de même que l'usage d'une transmission manuelle peuvent tous avoir un impact sur l'amélioration de la performance au volant. Les mesures psychosociales et législatives peuvent se révéler être des mesures préventives plus efficaces à long terme pour la santé publique
- b) De nombreux patients atteints de TDAH qui conduisent ne présentent aucun risque significatif de problèmes de conduite, en particulier lorsqu'ils ont été informés des risques et les gèrent de façon adéquate.

Évaluation des risques de conduite et documentation

- a) La discussion avec les jeunes conducteurs et leur famille devrait inclure de l'information sur l'impact fonctionnel et les risques liés à la conduite automobile. Les problèmes de vitesse excessive, suivre trop près, la rage au volant, l'inattention et la distraction lors de la conduite automobile devraient être recherchés
- b) Lors de l'élaboration d'une alliance thérapeutique avec la famille, il peut être utile de favoriser les contrats entre les jeunes conducteurs et leur famille où la prise de médicaments et d'autres sujets tels que de bons résultats scolaires soient respectés pour avoir accès au véhicule automobile
- c) La documentation des discussions sur la sécurité routière, ainsi que l'utilisation d'une évaluation du style de conduite et de comportement aide à démontrer que le médecin fait preuve de diligence raisonnable pour ses patients atteints de TDAH concernant les questions de sécurité routière. Les lignes directrices actuelles de l'AMC²⁰⁷ rappellent aux médecins que si les conducteurs avec un TDAH ont démontré un problème en lien avec la conduite automobile et ne respectent pas leur traitement, le médecin a le devoir de transmettre ses préoccupations aux ministères des transports provinciaux. En Alberta, au Québec et en Nouvelle-Écosse, cet acte est discrétionnaire.

Le Questionnaire sur la conduite automobile de Jerome (JDQ)

Pourquoi l'utiliser? La littérature récente parle d'un risque accru de collisions de véhicules automobiles et d'infractions routières chez les jeunes conducteurs atteints de TDAH²⁰⁶. Les lignes directrices 2006 de l'AMC "Évaluation de l'aptitude médicale pour la conduite" recommandent que les médecins canadiens soient conscients que le TDAH est une condition à signaler si les patients ont démontré des problèmes de conduite automobile. Les médecins doivent considérer qu'ils ont le devoir d'avertir les conducteurs à haut risque des dangers de la conduite automobile sans le bénéfice d'un traitement médical approprié qui inclut l'usage de stimulants à longue durée qui améliorent l'attention et réduisent l'impulsivité pendant la conduite automobile²⁰⁷. Le JDQ est compris dans les outils suggérés dans les lignes directrices (qui est également disponible sur le site Web de CADDRA ou peut être complété en ligne à www.adhddriving.com) et fournit aux médecins un outil simple qui les aide à évaluer si leur patient présente un risque accru de problèmes de conduite automobile. Il fournit également la preuve dans le dossier médical que le médecin a évalué cette compétence fonctionnelle importante de ses patients.

Comment l'utiliser: Le JDQ est une auto-évaluation en deux parties. La **Partie A** fournit l'historique complet de la conduite automobile, incluant l'expérience, les accidents et les infractions routières. La **Partie B** fournit un compte rendu subjectif du style de conduite automobile du conducteur. Il prend environ cinq minutes à remplir. Ses propres observations et celles des autres peuvent être recueillies et comparées. Des données psychométriques ont été rapportées²⁰⁸.

Le JDQ fournira au médecin, au patient et à sa famille une vue d'ensemble du dossier de conduite automobile du patient, de même qu'une mesure stratégique du style de conduite automobile. Cet instrument est destiné à augmenter l'évaluation clinique **non pas** de remplacer le jugement du médecin au sujet de la sécurité routière du patient. Il peut aider un professionnel de la santé à engager la discussion sur la sécurité routière avec le patient et sa famille. L'instrument fournit au médecin une façon d'évaluer les effets des médicaments et d'autres interventions comportementales. Des mesures en série pour chaque patient permettent une compilation analogue visuelle des changements au fil du temps.

Le site Web www.adhddriving.com permet que les données du JDQ soient archivées et affichées en série pour être utilisées pour analyse ultérieure. La section des ressources contient des vidéos éducationnels qui aident les patients et leur famille face aux risques d'un TDAH non traité et la conduite automobile. Des articles de revue sur les risques de la conduite automobile et de l'information sur l'évaluation psychométrique seront mis à jour périodiquement.

Une version élargie de la présente annexe avec les références aux recommandations actuelles fondées sur des preuves est disponible sur le site CADDRA.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

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

À être complété par le conducteur

Nom du conducteur:		
DDN:	JJ MM AA	Complété le: JJ MM AA
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.
7.	8.	9.
10.		

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

Antécédents de conduite automobile PARTIE A

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?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ou plus
3. Depuis combien de temps conduisez-vous?	années	
4. En moyenne, combien de temps conduisez-vous par jour?	<input type="checkbox"/> < 1 heure <input type="checkbox"/> 1 - 2 heures <input type="checkbox"/> > 2 heures	
5.(a) Estimer les kilomètres/miles conduits en ville au cours du dernier mois:	km	
(b) Estimer les kilomètres/miles conduits sur l'autoroute au cours du dernier mois:	km	
6.(a) Combien de fois avez-vous été impliqué dans des accidents comme passager?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ou plus	
(b) Combien de fois avez-vous été impliqué dans des accidents comme conducteur?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ou plus	
7. Depuis que vous conduisez, combien de fois avez-vous été déclaré responsable d'un accident?		
8.(a) Depuis que vous conduisez, combien de fois votre permis de conduire a-t-il été révoqué ou suspendu?		
(b) Combien de fois avez-vous conduit alors que votre permis était suspendu?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ou plus	
9. Avez-vous déjà fait des balades en voiture (joy riding)? Cocher tout ce qui s'applique.		
<input type="checkbox"/> Comme conducteur avant l'obtention de votre permis de conduire?	<input type="checkbox"/> Comme passager avec un conducteur qui n'avait pas de permis valide?	
<input type="checkbox"/> Comme passager alors que le conducteur était sous l'effet de l'alcool et/ou de drogue?	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17. Vous a-t-on refusé de l'assurance-automobile en raison de vos problèmes de conduite automobile?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

QUESTIONNAIRE SUR LA CONDUITE AUTOMOBILE DE JEROME PARTIE B 2010[©]

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

1. Frustration:

a. Ville

Aucune frustration _____ Frustration élevée

b. Autoroute

Aucune frustration _____ Frustration élevée

2. Prise de risque:

a. Ville

Aucune prise de risque _____ Prise de risque élevée

b. Autoroute

Aucune prise de risque _____ Prise de risque élevée

3. Montrer sa colère verbalement ou physiquement aux autres conducteurs:

a. Ville

Aucune colère _____ Forte colère

b. Autoroute

Aucune colère _____ Forte colère

4. Excès de vitesse:

a. Ville

Aucun excès _____ Vitesse excessive

b. Autoroute

Aucun excès _____ Vitesse excessive

5. Anxiété:

a. Ville

Aucune anxiété _____ Anxiété élevée

b. Autoroute

Aucune anxiété _____ Anxiété élevée

6. Moments de panique:

a. Ville

Aucune panique Panique extrême

b. Autoroute

Aucune panique Panique extrême

7. Concentration sur la route:

a. Ville

Aucun problème de concentration Problèmes majeurs de concentration

b. Autoroute

Aucun problème de concentration Problèmes majeurs de concentration

8. Attentif aux changements soudains des conditions routières:

a. Ville

Attentif Pas attentif

b. Autoroute

Attentif Pas attentif

9. Facilement distrait par ce qu'il y a à l'extérieur ou par les sons dans la voiture ou sur le côté de la route:

a. Ville

Aucunement distrait Très distrait

b. Autoroute

Aucunement distrait Très distrait

10. Réverie:

a. Ville

Aucune réverie Réverie fréquente

b. Autoroute

Aucune réverie Réverie fréquente

11. Somnolence:

a. Ville

Aucune somnolence Beaucoup de somnolence

b. Autoroute

Aucune somnolence Beaucoup de somnolence

12. Anticiper les dangers potentiels en provenance d'autres voitures ou des piétons:

a. Ville

Toujours anticiper Jamais anticiper

b. Autoroute

Toujours anticiper Jamais anticiper

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

CHAPITRE 7: TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU TDAH

Principes du traitement pharmacologique

Dix-sept considérations dans le choix du traitement pharmacologique du TDAH²⁰⁹

1. Âge et variations individuelles
2. Durée des effets
3. Rapidité d'action du médicament
4. Présentations du TDAH
5. Profil des symptômes comorbides
6. Troubles psychiatriques comorbides
7. Antécédents pharmacologiques familiaux
8. Attitudes face à l'utilisation de médicaments
9. Coût des médicaments
10. Problèmes médicaux et autres médicaments
11. Aspects associés similaires aux effets secondaires des médicaments
12. Combinaison de stimulants avec d'autres médicaments
13. Potentiel d'usage erroné/détournement
14. Attitude du médecin face aux médicaments pour le TDAH
15. Un traitement de première ligne constitue un équilibre entre l'efficacité, la tolérance et le soutien clinique, et est approuvé par Santé Canada
16. Les traitements de deuxième ligne sont des médicaments approuvés par Santé Canada, mais ayant des taux d'efficacité plus faibles
17. Les traitements de troisième ligne sont réservés à des situations où les traitements de première ligne et de deuxième ligne n'ont pas été efficaces et sont généralement des médicaments prescrits «hors indication».

1. Âge et variations individuelles

Tous les médicaments pour le TDAH peuvent être utilisés pour tous les groupes d'âge bien que tous ces médicaments n'ont pas tous reçu l'approbation «officielle» de la Direction des produits thérapeutiques (DPT) du gouvernement du Canada pour différents groupes d'âge. Le traitement pharmacologique du TDAH chez l'enfant avant l'âge de six ans, si cliniquement nécessaire, devrait être initié et supervisé par un spécialiste²⁶² ou en consultation avec un spécialiste. Il n'y a pas d'âge maximum limite pour traiter le TDAH si l'état de santé général du patient le permet. Il est conseillé aux femmes en âge de procréer qui prennent des médicaments pour le TDAH de discuter avec leur médecin si elles envisagent une grossesse, car les effets des médicaments pour le TDAH sur le fœtus et sur le bébé pendant l'allaitement, ne sont pas encore connus. Des variations individuelles existent. Par exemple la dose efficace n'est pas étroitement liée à l'âge, le poids ou la sévérité des symptômes. Ceci peut expliquer les différences observées dans la réponse au traitement et la grande variabilité dans les posologies nécessaires pour obtenir un effet thérapeutique. Les médicaments ne fonctionnent pas aussi bien pour tous les patients: pour certains, les résultats sont excellents, pour d'autres, ils sont significatifs sans être énormes, tandis que pour d'autres, les résultats seront beaucoup plus modestes. Pour certains, les médicaments actuellement disponibles ne sont pas très efficaces malgré l'essai de différents médicaments. **Attention: Les médecins ne devraient pas surévaluer l'efficacité des médicaments.** Par ailleurs, certains patients peuvent éprouver des difficultés à avaler des pilules. Bien que l'enseignement puisse aider à corriger ceci, il est intéressant d'en tenir compte car certains médicaments peuvent être saupoudrés sur des aliments mous ou dilués dans de l'eau.

2. Durée des effets

Le type de tâches cognitives et la période de la journée où l'individu doit les effectuer varie au fil des ans. Le traitement pharmacologique pourra être ajusté pour répondre aux demandes cognitives croissantes ou pour couvrir de plus longues périodes selon les atteintes fonctionnelles. Pour considérer la durée de l'effet clinique d'un médicament, il est important de se rappeler que le TDAH a des impacts sur toutes les sphères de la vie quotidienne de l'enfant, l'adolescent et l'adulte, et non seulement en classe ou au travail. Les apprentissages se font aussi en dehors de l'école et du travail. La gravité et la complexité varient d'un individu à un autre, de même que selon les différents stades du développement et l'âge.

Toutefois, comme mentionné dans les chapitres précédents, les sphères souvent touchées de façon importante causant des handicaps sont: le fonctionnement social (les relations interpersonnelles, le couple et la vie familiale); le fonctionnement affectif (l'estime de soi, l'humeur, l'anxiété); les activités de loisir (sports, loisirs, etc); l'exercice physique; les habitudes de sommeil; les habitudes alimentaires; les comportements à risque impulsifs (les relations sexuelles non protégées, les grossesses non planifiées, le VIH, les accidents de voiture et autres types d'accidents, la toxicomanie, etc); la santé physique (une réponse insatisfaisante au traitement et un manque de suivi pour d'autres conditions médicales); et autres domaines. Par conséquent, pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de TDAH, quelque soit leur âge, il est important d'optimiser le traitement des symptômes de base, de minimiser les effets secondaires, mais aussi de viser une durée de traitement qui dépasse les heures en classe ou au travail, incluant aussi les fins de semaines et les jours de congé. De plus, une personne peut avoir besoin d'un traitement individualisé ajustable selon les types de tâches et la durée de celles-ci. Ceci est particulièrement important à considérer pour la conduite automobile, alors que la période la plus à risque pour les jeunes conducteurs correspond au soir et la fin de semaine.

3. Rapidité d'action du médicament

Lorsque la situation clinique nécessite un traitement urgent, les psychostimulants sont les médicaments de choix. *Toutefois, le TDAH est un trouble chronique où les approches de traitement à long terme sont essentielles.* Pour les patients atteints de TDAH en général, le TDAH est souvent perçu comme une situation d'urgence en soi dès qu'il est identifié, et la perception est que plus le traitement est rapide, mieux c'est. Toutefois, étant donné les taux importants de faible adhésion au traitement au cours d'une année, il est également vrai que les avantages à long terme sont plus susceptibles de survenir et de se maintenir une fois que les situations urgentes telles que l'abus ou l'expulsion de l'école sont sous contrôle. L'objectif ultime est d'obtenir une réduction des symptômes, réduire l'impact fonctionnel et améliorer ainsi la qualité de vie sur une base continue. Il faut donc aussi favoriser l'adhésion au traitement à long terme en tenant compte, entre autres, des effets secondaires et du confort du patient.

4. Présentations du TDAH

Les principaux symptômes du TDAH (qui déterminent également les présentations) comprennent l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité motrice. Ces trois types de symptômes sont associés à diverses atteintes fonctionnelles. Par exemple, les problèmes d'attention demeurent souvent présents et entraînent un impact tout au long de la vie, affectant le fonctionnement académique mais aussi et organisationnel. L'hyperactivité peut diminuer à l'adolescence, mais se transforme en sensation d'agitation, l'individu reste à la recherche de stimuli et rapporte un inconfort d'être toujours «sur la brèche». Cela peut se poursuivre pendant une grande période même à l'âge adulte. Lorsqu'un adulte avec TDAH présente des symptômes principaux d'inattention, l'histoire rapportée peut être celle d'une persistance d'un tableau d'inattention depuis l'enfance ou une évolution d'une présentation combinée dans l'enfance vers un tableau d'inattention à l'âge adulte. Il est important de comprendre la transformation des symptômes cliniques, car ceci peut influencer l'ajustement des posologies et l'apparition d'anxiété et d'autres effets secondaires. Tous les médicaments pour le TDAH améliorent l'inattention, mais pas tous de la même façon.

5. Profil des symptômes comorbides

Le Comité des LDC propose d'utiliser un inventaire basé sur les symptômes afin d'aider le médecin à déterminer les traitements possibles en fonction de ceux-ci. En présence de comorbidité, le fait de prioriser le symptôme-clé le plus

handicapant oriente le choix du traitement pharmacologique et élargit les options de médicaments considérés. Par exemple, même si l'agression et l'irritabilité peuvent être des symptômes dans la plupart des troubles comorbides dont souffre le patient, le fait de cibler cette problématique comme priorité l'identifie comme la source principale d'impact fonctionnel.

6. Troubles psychiatriques comorbides

En présence d'un trouble comorbide avec le TDAH, il est généralement conseillé que le traitement prioritaire soit celui de trouble le plus grave au moment de l'évaluation ^{DC}. Diverses stratégies sont utilisées pour déterminer la séquence des traitements, y compris la certitude du diagnostic, les préférences du patient, l'identification du trouble primaire, cibler le trouble le plus handicapant ou, dans certains cas, quel est le trouble le plus susceptible de répondre au traitement ^{DC}. Toutefois, les troubles de l'humeur comme la dépression majeure et les troubles bipolaires de même que l'abus de substance/toxicomanie doivent être identifiés et traités comme prioritaires, avant le TDAH ^{DC}. Par ailleurs, les symptômes résiduels peuvent nécessiter des traitements supplémentaires. Dans les cas de polypharmacothérapie, il est important de rechercher les possibles interactions médicamenteuses afin de s'assurer qu'il n'y a pas de risque pour le patient. Il n'est pas rare que les patients avec un «TDAH complexe» prennent plus d'un médicament.

7. Antécédents pharmacologiques familiaux

Avant de commencer le traitement, il est préférable d'obtenir les antécédents pharmacologiques familiaux afin de découvrir s'il y a eu des expériences positives et/ou négatives avec un médicament spécifique. Bien qu'il n'existe pas de données scientifiques bien démontrées sur ces aspects, il est probable que la réponse positive à un traitement spécifique par un membre de la famille pourrait augmenter les attentes positives pour ce traitement alors que le contraire sera également vrai.

8. Attitudes face à l'utilisation de médicaments

Tous les patients et leur famille ont besoin de recevoir de l'information et d'être «éduqués» sur le TDAH et les options de traitement. Le choix des médicaments devrait suivre les principes du consentement éclairé. Le chapitre 1 des Lignes directrices canadiennes sur le TDAH offre de l'information sur le consentement éclairé. La réaction émotionnelle «d'être contre le traitement pharmacologique du TDAH» est souvent biaisée et basée sur un manque d'information ou une mauvaise information au sujet des effets secondaires de même que le sentiment de culpabilité d'avoir «causé» le problème en étant de «mauvais» parents. Également, le patient peut avoir une attente irréaliste d'amélioration suite à la prise de médicaments, le tout pouvant entraîner de la déception. Il est important pour les familles d'avoir accès à des sources d'information fiables et valides tout en pouvant obtenir de l'aide via des groupes de soutien. Les traitements pharmacologiques visent à améliorer le fonctionnement du patient dans les sphères de vie touchées par le TDAH. Par ailleurs, il est préférable de ne pas prescrire des stimulants à courte action à des enfants ou à des parents qui seraient à risque de mal utiliser le traitement en prenant eux-mêmes ceux-ci de façon inappropriée (par exemple risque d'abus chez les toxicomanes). Les patients doivent aussi être informés des risques reliés à la prise de médicaments prescrits pour un autre et de ne pas «partager leur médicament» avec leurs amis (risque de diversion pour usage non médical).

9. Coût des médicaments

Tout patient devrait avoir accès au meilleur traitement possible. Malheureusement, certains médicaments sont hors de portée financière pour plusieurs patients sans assurance maladie complémentaire. Certains médicaments peuvent être remboursés par des programmes d'accès spécial, mais l'accès est souvent limité par la lourde démarche de documentation requise et par le temps limité pendant lequel l'autorisation est donnée pour l'essai thérapeutique. La plupart des médicaments sont couverts par les compagnies d'assurance privées. Cependant, il arrive quelquefois que des patients doivent prendre des médicaments génériques qui pourraient avoir un effet thérapeutique différent du produit original et être moins efficaces dans certains cas. La CADDRA continue de militer auprès des instances décisionnelles pour la résolution de ce problème. Le choix du type médication implique aussi que le médecin prescripteur soit informé du coût du produit, de la couverture des assurances du patient et de sa capacité à les payer.

10. Problèmes médicaux et autres médicaments

Il est important pour le médecin de faire un évaluation médicale complète, y compris un examen physique avant de

prescrire un médicament. Les Lignes directrices canadiennes sur le TDAH fournissent des outils qui peuvent guider le médecin. De nombreuses conditions imitent le TDAH (par exemple les troubles de la thyroïde, les troubles auditifs et de la vue). Il est important que les médecins soient au courant de tout risque médical que pourrait avoir le patient pouvant affecter le choix du traitement (par exemple problèmes de pression artérielle, interactions médicamenteuses, risque cardiovasculaire). En cas de doute, il est recommandé de demander une consultation auprès d'un spécialiste.

11. Aspects associés similaires aux effets secondaires des médicaments

Tous les médicaments peuvent provoquer des effets indésirables. La plupart des effets secondaires vont généralement s'améliorer après des deux ou trois semaines d'utilisation continue. Une des raisons les plus courantes pour le non-respect du traitement est lié à un manque de sensibilisation ou un manque de compréhension des médecins face aux effets secondaires ou à la réticence des patients d'expliquer leur malaise. Certaines conditions préexistantes, comme les tics, les troubles du sommeil, un très faible poids, des céphalées, des problèmes gastro-intestinaux ou la dysphorie, peuvent être aggravées par les médicaments pour le TDAH (bien que certains de ces symptômes pourraient aussi être améliorés par les médicaments du TDAH). Les patients devraient être informés sur la façon d'évaluer si la dose qu'ils reçoivent est adéquate. Si ceux-ci ressentent des symptômes tels que se sentir survolté, trop irritable ou trop sérieux pendant la période où la médication est active, il est probable que la dose soit trop élevée ou que ce médicament ne soit pas le bon pour le patient. Si ce type de symptômes se présentent à la fin de l'effet de la médication ou s'ils se sentent mal dans leur peau à cette période de fin d'effet, il est possible que ce phénomène soit un effet rebond alors que la médication perd son effet trop rapidement (effet «crash»). Une meilleure compréhension du profil des effets secondaires de chaque médicament, permet d'établir quel est le médicament le plus approprié pour cet individu (traitement individualisé).

12. Combinaison de stimulants avec d'autres médicaments

Si un médecin estime qu'un deuxième médicament est nécessaire, il est suggéré de choisir un médicament pour le TDAH qui est reconnu sécuritaire en combinaison avec l'autre médicament. Par exemple, dans le choix d'un médicament pour le TDAH chez un patient présentant un trouble d'anxiété sévère, un psychostimulant peut être combiné avec un antidépresseur (à noter: il existe certaines limites à l'atomoxétine). Si une combinaison médicamenteuse est nécessaire dans le cas de jeunes enfants, il est recommandé de consulter un spécialiste.

13. Potentiel d'usage erroné/détournement

Il est important de garder à l'esprit le risque potentiel d'un mauvais usage ou de détournement associé aux psychostimulants. L'usage non médical de stimulants sur ordonnance est une préoccupation croissante. Certains personnes croient (à tort) que l'utilisation non médicale de stimulants augmenterait la performance scolaire. D'autres utilisent des stimulants sur ordonnance dans l'espoir de ressentir un effet euphorisant et d'améliorer leur expérience de «party». Les stimulants à courte action sont beaucoup plus à risque d'usage erroné/détournement que les stimulants à action prolongée. Tous les professionnels impliqués dans le traitement de patients atteints d'un TDAH devraient être attentifs aux signes précurseurs d'usage erroné/détournement et considérer ces comportements comme importants et ne pas les banaliser. (Pour plus d'information sur les signes d'usage erroné/détournement, veuillez consulter Santé Canada, 2006, Usage abusif et détournement de substances désignées: un guide pour les professionnels de la santé).

14. Attitude du médecin face aux médicaments pour le TDAH

Les informations sur le TDAH sont en rapide évolution (c.-à-d. la compréhension de la comorbidité, le TDAH chez l'adulte, les traitements pharmacologiques, les bases biologiques, etc). Il est impératif que les médecins recherchent des sources fiables d'information et continuent à améliorer leurs compétences cliniques. Les Lignes directrices de la CADDRA, son site web et ses mises à jour en formation continue (conférence annuelle) ont été conçues pour exposer rapidement les médecins aux dernières avancées en matière d'évaluation et de traitement du TDAH pour les patients à toutes les périodes de leur vie. Les personnes atteintes de TDAH aujourd'hui sont souvent autant informées quant à leurs conditions de santé que leurs médecins, et les médecins doivent être à l'aise avec cette réalité. Ce degré de confort peut être atteint par une attitude ouverte, l'expérience et l'accès à de la formation continue de qualité.

15. Traitement de première ligne

Les traitements pharmacologiques pour le TDAH de première ligne sont des médicaments qui ont le meilleur profil risque-bénéfice; une durée d'effet clinique plus longue (diminue la nécessité de doses multiples et par conséquent, augmente l'adhérence au traitement, le temps de couverture et de récupération, diminue le risque de détournement, diminue les effets rebond); efficacité mesurée par la grandeur de l'effet; et sont approuvés comme traitement par Santé Canada.

16. Traitements de deuxième ligne

Les traitements pharmacologiques pour le TDAH de deuxième ligne sont des médicaments qui ont démontré être efficaces et sont approuvés pour le TDAH. Ils peuvent être utilisés pour les patients qui ne tolèrent pas ou ne répondent pas à un traitement de première ligne, ou qui n'ont pas accès aux médicaments de première ligne. Ils peuvent également être utilisés pour augmenter potentiellement le taux de réponse au traitement de première ligne.

17. Traitements de troisième ligne

Les traitements de troisième ligne sont des médicaments prescrits «hors indication». Ils ont plus d'effets secondaires et sont moins efficaces.

Tableau des traitements pharmacologiques pour le TDAH

Le tableau des traitements pharmacologiques pour le TDAH fourni dans le livret des LDC donne de l'information sur la posologie et l'apparence des médicaments pour le TDAH et est un outil utile lors des discussions avec les patients et leur famille concernant les options de traitements pharmacologiques. Il est disponible en deux formats, l'un adapté pour le Canada et l'autre, pour le Québec. Ces tableaux ont été développés par l'équipe de formation médicale continue de l'Université Laval à Québec, en collaboration avec le comité d'organisation de la conférence sur les traitements pharmacologiques du TDAH en avril 2007. Cette équipe continue de collaborer avec CADDRA pour la mise à jour de ces tableaux: nouveaux médicaments, changements dans la posologie ou la couverture. La version la plus récente est toujours affichée sur le site CADDRA (www.caddra.ca).

Points spécifiques quant au choix du traitement pharmacologique et la surveillance

ÉTAPE 1

Rétroaction et attentes (pour plus de détails, voir le chapitre 1, visite 4)

Le patient doit être bien informé en utilisant les principes du consentement éclairé lors des discussions concernant la médication, plus particulièrement concernant les taux d'efficacité et d'effets secondaires.

ÉTAPE 2

Points spécifiques pour la sélection des médicaments: Considérations

Une des principales philosophies de la CADDRA est que chaque patient est unique et d'utiliser les conseils pratiques en se guidant selon les "Dix-sept considérations dans le choix du traitement pharmacologique".

Conseil pratique: Voici quelques questions pratiques qui guident le début du processus de sélection:

a) Le médicament est-il recommandé pour votre groupe d'âge? De façon générale, le premier choix devrait être un médicament pour le TDAH qui est approuvé dans ce groupe d'âge par Santé Canada. Même si certains médicaments pour le TDAH ne sont pas officiellement approuvés par Santé Canada pour un groupe d'âge spécifique, les médecins peuvent décider de les utiliser sur la base de preuves scientifiques et de consensus d'experts.

b) Quelle difficulté avez-vous et à quel moment de la journée? Est-ce surtout pendant le travail, les réunions, les examens ou est-ce durant des loisirs, pendant que vous conduisez, lors de la routine matinale, etc? S'assurer que le patient est sous médication durant la période appropriée. Il est donc nécessaire de bien comprendre et répondre à ses besoins individuels.

c) Quels médicaments préférez-vous? Avez-vous déjà pris des médicaments ou entendu parler de quelque chose qui oriente votre choix sur le produit que vous aimeriez essayer? Les patients répondent mieux aux médicaments auxquels ils croient fortement. Ceci implique également que les patients doivent être informés et devraient être partenaires dans les décisions concernant leur traitement.

d) Est-ce qu'un membre de la famille prend un médicament pour le TDAH? Si oui, alors envisager d'essayer en premier le même médicament. (À noter: Il n'existe cependant aucune preuve en ce moment d'une réponse «familiale» de type pharmacogénétique)

e) Avez-vous des assurances (publiques ou privées) ou allez-vous payer vous-même les médicaments? La plupart des médicaments actuels sont coûteux, de sorte qu'il devrait y avoir une discussion ouverte concernant les régimes d'assurance du gouvernement, l'assurance privée, le paiement par le patient, les plans de financements et d'avantages sociaux limités.

f) Avez-vous de la difficulté à avaler les pilules? Si oui, alors cela limite le choix de médicaments (certains produits peuvent être saupoudrés sur la nourriture ou dilués dans l'eau), mais la personne pourrait tout de même essayer d'apprendre à avaler un comprimé.

g) Nécessitez-vous un traitement urgent? Si oui, alors votre premier choix sera probablement un stimulant en raison de sa rapidité d'intervention. Toutefois, le traitement du TDAH est un projet à long terme. Il est important de prévenir le patient que, même s'il peut y avoir des problèmes urgents, il faut éviter de tomber dans le piège de l'illusion d'une correction rapide des problèmes associés.

h) Est-ce que le patient souffre de troubles comorbides qui vont nécessiter des interventions plus complexes? Si oui, il faut déterminer quel trouble à traiter en premier. Si c'est le TDAH, il faut initier le traitement pour le TDAH puis voir les symptômes résiduels qui nécessiteront un traitement ultérieur. Anticiper les problèmes d'interactions médicamenteuses.

Si le patient a des pensées suicidaires ou d'homicide, il va de soi que celles-ci doivent être traitées en priorité.

ÉTAPE 3

Surveillance

- Établir un calendrier de rencontres et un mode de communication avec le patient et ses parents
- Il est utile d'établir une mesure objective à l'intérieur du domaine du patient. Par exemple, l'enseignant peut vouloir observer une période de 5 minutes de tâche ou comportement. Un adolescent peut cibler sa capacité à maintenir l'attention lors de ses tâches plus difficiles. Un adulte peut choisir comme objectif spécifique une situation complexe qui doit changer, comme sa production horaire au travail. Les échelles d'observation permettent de quantifier les changements suite à un traitement spécifique, en particulier à l'école et à la maison. Le formulaire CADDRA du médecin pour le suivi du TDAH et l'Inventaire des symptômes du TDAH peuvent être utilisés pour quantifier les changements
- Au cours de la phase de titration, un contact hebdomadaire avec le patient est recommandé, soit par téléphone, courriel, fax ou rendez-vous. Idéalement, le patient devrait être vu tous les 2 à 3 semaines si possible pour une révision des doses de médicaments au cours de la période de titration, de même que sa santé physique, ses signes vitaux, les effets secondaires, le fonctionnement familial, son bien-être et celui de sa famille, la mise en place de stratégies de gestion et les thérapies comportementales et autres, selon les besoins identifiés.

ÉTAPE 4

Titration

- La dose initiale recommandée et le plan d'augmentation de la dose ne sont qu'un guide
- Commencer à faible dose, augmenter lentement et continuer à ajuster la dose jusqu'à ce que les objectifs de

traitement ciblés aient été atteints ou que les effets secondaires dépassent les gains cliniques. Le traitement optimal est celui qui permet d'obtenir la réduction des symptômes et une amélioration du fonctionnement général. Un dosage optimal signifie qu'il n'y a plus d'amélioration possible après une dose précise. Parfois, les effets secondaires limitent la titration de la dose (voir Traitement des effets secondaires, documents à l'appui 7C). Les doses maximum proposées en utilisation «hors indication» sont conformes aux normes créées par l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

- Il est utile d'informer à l'avance le patient que l'effet maximal peut se produire dès la première semaine et qu'un effet plateau peut se produire au cours des trois semaines suivantes. Parfois, les patients interprètent cela comme étant une tolérance au médicament et demandent une dose plus élevée. En fait, si le patient améliore son fonctionnement lors de la période plateau, il est fort possible qu'il soit à sa dose optimisée. **Lorsque la réponse clinique n'est pas satisfaisante avec une première classe de psychostimulant, il devrait y avoir changement vers l'autre classe de psychostimulant.**

ÉTAPE 5

Gestion des effets secondaires

1. Lors de l'enseignement auprès des patients sur les médicaments, il est important de fournir une vue réaliste et préciser la réponse variables et très individuelle aux traitements quant aux profils de risque/bénéfices, allant de ceux qui ne peuvent tolérer ou bénéficier des médicaments jusqu'à ceux qui ont une rémission complète, sans effets secondaires.
2. Bien que les évidences basées sur des données probantes nous permettent de fournir à nos patients beaucoup d'informations concernant la médication et les options de traitement, il est important de rappeler aux patients et aux parents que tous les individus sont uniques et peuvent nécessiter des doses qui sont plus petites ou plus grandes que celles qui sont habituellement recommandées. Il est important de souligner que «l'essai» de médicaments n'est pas une décision finale et définitive d'utiliser ce produit «pour toujours» et que l'essai d'un traitement est une expérience qui comporte peu de risques à court terme et qui peut être interrompu à tout moment.
3. Les patients qui répondent bien aux stimulants, mais dont le médicament est limité par des effets secondaires, devraient être traités selon les techniques décrites ci-dessous ou changés de traitement pharmacologique afin de minimiser ce problème particulier.
4. Les patients qui ne répondent pas aux médicaments et qui n'obtiennent que peu d'avantages, mais qui n'ont pas d'effets secondaires majeurs, peuvent quand même bénéficier de l'essai de stratégies non pharmacologiques.
5. Si le patient ne répond pas à l'un des médicaments de première ligne, des stratégies d'augmentation ou l'utilisation de médicaments en 2e ligne tels que la guanfacine XR, ou avec un traitement pharmacologique de troisième ligne comme le bupropion, la clonidine, le modafinil ou l'imipramine peuvent être utiles, mais une demande de consultation vers un spécialiste devrait être faite. Le traitement du TDAH est un domaine en évolution rapide et il est possible d'envisager le développement d'options thérapeutiques additionnelles avec de nouveaux médicaments ayant des profils d'efficacité et de tolérabilité différents.
6. Si un changement de médicament est jugé nécessaire, le moment optimal pour changer de médicament sera, quand c'est possible, pendant de longues vacances ou pendant l'été pour éviter les effets secondaires possibles qui peuvent nuire au rendement scolaire ou au travail dans le court terme. Cependant, l'urgence de la situation peut parfois impliquer un changement plus immédiat en dehors de ces périodes.
7. Si une période de «congé» ou de réduction de dose de médicament est jugée nécessaire pour minimiser les effets secondaires sur la croissance de l'enfant, elle devrait être faite durant de longues vacances, l'été ou au cours d'un long week-end pour minimiser l'impact sur le rendement scolaire. Cliniquement, on observe que le fait d'interrompre le médicament à chaque fin de semaine peut faire augmenter les effets secondaires, alors que le fait de prendre ses médicaments quotidiennement aidera à développer une tolérance à l'égard des effets secondaires. Certains médicaments (par exemple l'atomoxétine, la guanfacine Xr, le bupropion, l'imipramine) doivent être pris sur une base continue pour maintenir l'effet clinique. Ces médicaments doivent être diminués progressivement en raison du risque d'effets secondaires ou de danger potentiel associés à un arrêt subit (par exemple, une crise hypertensive pour de la guanfacine XR et de la clonidine).

Réponse insatisfaisante au traitement?

En cas de non réponse au traitement, il est important de réviser le diagnostic, incluant les comorbidités, et le plan de traitement afin de s'assurer de l'adhérence au traitement, mais aussi de vérifier si de nouveaux facteurs externes viennent compliquer le tableau clinique. La réponse d'un patient aux médicaments ne peut être prédite en se basant uniquement sur les symptômes cliniques présentés. Certains patients peuvent mieux répondre à un type de médicament qu'à un autre. Ainsi, si les effets secondaires ou la réponse à un type de médicament n'est pas optimale, un autre type de médicament pour le TDAH devrait être essayé. Les médicaments à libération prolongée sont un premier choix, car ils sont moins susceptibles d'être abusés ou détournés que les médicaments à libération immédiate.

Il existe plusieurs raisons pour lesquelles un médicament pour le TDAH doit être modifié ou changé pour un autre :

- **Effets rebond en fin de dose:** changer le mode de libération immédiate pour un mécanisme plus soutenu ou ajouter une dose, peut-être moindre, du même psychostimulant à libération immédiate à prendre juste avant la période où le rebond est observé;
- **Effets partiels malgré un dosage optimal:** changer le mode de libération ou changer la molécule. La combinaison (hors indication) d'un psychostimulant avec un non stimulant est aussi une option parfois utilisée, mais il n'y a pas d'indication officielle, ni d'études à long terme sur l'innocuité de cette approche. Surveiller de près les effets indésirables si cette option est retenue;
- **Effets secondaires ne permettant pas un dosage optimal:** changer le mode de libération ou changer la molécule;
- **Présence d'une comorbidité qui nécessite de changer de médicament;**
- **Interaction médicamenteuse.**

Changement de médicaments: points à considérer

Il est généralement préférable de traiter avec une médication à la fois. Par conséquent, il est conseillé de diminuer progressivement le premier médicament et le cesser avant de d'initier l'essai d'un autre médicament. Tenter de combiner d'emblée deux médicaments résulte souvent en l'addition des effets secondaires et limite la possibilité d'atteindre le dosage clinique optimal en raison des effets indésirables.

Situation A: Changer un psychostimulant pour un autre psychostimulant

- Choisir un moment propice pour effectuer la transition, par exemple pendant la fin de semaine ou les congés.
- Vérifier s'il existe une dose équivalente ou si le nouveau médicament doit être commencé à la dose de départ.

Présentement sur:	Changer pour:	Commentaires:										
médicaments à base de MPH	médicaments à base de MPH	Cesser le premier et débiter le second à la dose équivalente calculée en tenant compte du mode de libération.										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>médicaments à base de MPH</th> <th>% action immédiate/prolongée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ritalin™</td> <td>100/0</td> </tr> <tr> <td>Biphentin™</td> <td>40/60</td> </tr> <tr> <td>Concerta™</td> <td>22/78</td> </tr> <tr> <td>Génériques</td> <td>Inconnu (non divulgué par le fabricant)</td> </tr> </tbody> </table>	médicaments à base de MPH	% action immédiate/prolongée	Ritalin™	100/0	Biphentin™	40/60	Concerta™	22/78	Génériques	Inconnu (non divulgué par le fabricant)
		médicaments à base de MPH	% action immédiate/prolongée									
		Ritalin™	100/0									
		Biphentin™	40/60									
Concerta™	22/78											
Génériques	Inconnu (non divulgué par le fabricant)											
médicaments à base de MPH	médicaments à base d'AMP	Pas d'équivalence directe. Cesser le premier et débiter le second selon la posologie de départ. <i>Note: Méthylphénidate: MPH; Amphétamine: AMP</i>										
médicaments à base d'AMP	médicaments à base de MPH											
médicaments à base d'AMP	médicaments à base d'AMP											

Situation B: Changer un psychostimulant pour l'atomoxétine

Puisque la réponse clinique à un médicament non-stimulant peut prendre du temps à apparaître, il est important de décider si le psychostimulant doit être arrêté au préalable ou si vous allez combiner celui-ci au non-stimulant lorsque vous allez débiter l'atomoxétine ou la guanfacine XR.

- Si le premier médicament n'est pas efficace et n'a aucun effet clinique malgré un dosage optimal, arrêter-le et commencer le médicament non-stimulant en monothérapie, suivant les stratégies habituelles de d'ajustement de posologie.
- Si l'arrêt du premier médicament n'est pas possible et que ce médicament a des effets cliniques importants, ce traitement doit être continué jusqu'à ce que le non-stimulant présente des effets. Il faut continuer ce premier médicament et ajouter lentement le médicament non-stimulant, en suivant les stratégies habituelles de titration.
- ✓ Si des effets secondaires se produisent, choisir entre réduire la dose du psychostimulant ou celle du non-stimulant.

Situation C: Changer l'atomoxétine ou la guanfacine XR pour un psychostimulant

Décider si le non-stimulant doit être arrêté avant ou si vous combinez les deux lors du début de la prise du psychostimulant.

- Si l'atomoxétine ou la guanfacine XR ne présentent aucun effet clinique malgré un dosage optimal, il faut la cesser et commencer le psychostimulant en monothérapie, suivant les stratégies habituelles de titration.
- Même si l'atomoxétine ou la guanfacine XR a un effet partiel, ce médicament peut être arrêté puisque les effets des stimulants apparaissent assez rapidement et cette approche permet au patient et au clinicien d'avoir à traiter qu'avec un seul groupe d'effets secondaires.
- Si l'atomoxétine ou la guanfacine XR présentent des effets cliniques importants, il faut la continuer jusqu'à ce que le psychostimulant présente des effets cliniques. Combiner le psychostimulant à l'atomoxétine. En commençant lentement, en suivant les stratégies habituelles de d'ajustement de posologie.
- ✓ Si des effets secondaires se produisent, choisir entre réduire la dose du psychostimulant et celle de l'atomoxétine.*

***Remarque:** La guanfacine XR est le seul médicament avec une indication spécifique en tant que thérapie adjuvante pour les psychostimulants dans le traitement du TDAH chez les enfants âgés de 6-12 ans avec une réponse sous-optimale aux psychostimulants. La combinaison à long terme (hors indication) d'un psychostimulant avec de la guanfacine XR chez les adultes ou avec de l'atomoxétine n'a pas été étudiée. Si le patient s'améliore avec une combinaison d'un non-stimulant et d'un psychostimulant, surveiller de près les effets indésirables et tenter d'éventuellement réduire la posologie.

TABLEAUX DES MÉDICAMENTS PAR GROUPE D'ÂGE (CANADA)

Options de traitement médical pour les enfants (6-12 ans)

Tableau 1. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU TDAH NON COMPLIQUÉ CHEZ L'ENFANT						
Liste des médicaments par ordre alphabétique - Vous trouverez les renseignements thérapeutiques complets dans les monographies de produits.						
Nom commercial (ingrédient actif)	Forme posologique	Dose initiale*	Calendrier d'ajustement Tous les 7 jours		Dose quotidienne maximale ¹ (enfant de 40 kg ou moins)	
			Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA	Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA
AGENTS DE PREMIÈRE INTENTION – Préparations à longue durée d'action						
Adderall XR [®] (sels mixtes d'amphétamine)	capsules de 5, 10, 15, 20, 25, 30 mg	5-10 mg d.i.e. a.m.	↑ 5-10 mg	↑ 5 mg	30 mg	30 mg
Biphentin [®] (chlorhydrate de méthylphénidate)	capsules de 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60, 80 mg	10-20 mg d.i.e. a.m.	↑ 10 mg	↑ 5-10 mg	60 mg	60 mg
Concerta [®] (chlorhydrate de méthylphénidate)	comprimés de 18, 27, 36, 54 mg	18 mg d.i.e. a.m.	↑ 18 mg	↑ 9-18 mg	54 mg	72 mg
Vyvanse [®] (dimesylate lisdexamfétamine)	capsules de 20, 30, 40, 50, 60 mg	20-30 mg d.i.e. a.m.	Selon l'avis du médecin	↑ 10 mg	60 mg	60 mg
<p>DC*Lorsque les posologies maximum ou minimum proposées par CADDRA dépassent ou sont inférieures à celles de la monographie du produit, considérer l'usage comme «hors indication». *CADDRA recommande de débiter généralement avec la dose la plus faible possible. Pour les jeunes enfants, débiter à la dose la plus faible recommandée par CADDRA et titrer lentement, par exemple Concerta: 18, 27, 36 et Biphentin 10, 15, 20 mg. Cette décision est basée sur un consensus fondé sur l'expérience clinique et la recherche.</p>						
AGENTS DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Préparations à longue durée d'action						
Non psychostimulant - inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline						
<p>DC Indications pour l'utilisation: Monothérapie pour le traitement du TDAH chez les enfants âgés de 6-12 ans («hors indication»: prescrit comme thérapie adjuvante).</p>						
Strattera [®] (atomoxétine)	capsules de 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg	0.5 mg/kg/jour	Maintenir la dose pour un minimum de 7-14 jours avant d'ajuster à 0.8 mg/kg/jour puis 1.2 mg/kg/jour	Maintenir la dose pour un minimum de 7-14 jours avant d'ajuster à 0.8 mg/kg/jour puis 1.2 mg/kg/jour	Dose maximale par jour: 1.4 mg/kg/jour ou 60 mg/jour	Dose maximale par jour: 1.4 mg/kg/jour ou 60 mg/jour
AGENTS DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Préparations à longue durée d'action						
Non psychostimulant - sélective Alpha2A-adrenergic receptor agonist						
<p>DC Indications pour l'utilisation: Monothérapie et comme thérapie adjuvante pour les psychostimulants dans le traitement du TDAH chez les enfants âgés de 6-12 ans avec une réponse sous-optimale aux psychostimulants.</p>						
Intuniv XR [®] (guanfacine XR)	comprimés de 1, 2, 3, 4 mg	1 mg	Maintenir la dose pour un minimum de 7-14 jours avant d'ajuster par intervalle minimum de 1mg par semaine, jusqu'à un maximum de 4mg par jour	Maintenir la dose pour un minimum de 7-14 jours avant d'ajuster par intervalle minimum de 1mg par semaine, jusqu'à un maximum de 4mg par jour	4 mg	4 mg

Tableau 1. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU TDAH NON COMPLIQUÉ CHEZ L'ENFANT (suite)

Liste des médicaments par ordre alphabétique - Vous trouverez les renseignements thérapeutiques complets dans les monographies de produits.

Nom commercial (ingrédient actif)	Forme posologique	Dose initiale*	Calendrier d'ajustement Tous les 7 jours		Dose quotidienne maximale ^{1,2} (enfant de 40 kg ou moins)	
			Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA	Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA
AGENTS DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Préparations à courte et moyenne durée d'action						
<p>DC Indications pour l'utilisati: a) p.r.n. pour des activités spécifiques; b) pour augmenter ou prolonger l'effet d'une médication à libération prolongée en début ou fin de journée ou en début de soirée et c) quand les coûts d'achat des médicaments à libération prolongée sont prohibitifs. Pour ajouter au Adderall XR® ou Vyvanse®, les produits à base de dextroamphétamine à courte action ou à libération intermédiaire peuvent être utilisés. Pour augmenter le Biphentin® ou le Concerta®, on peut utiliser des produits à base de méthylphénidate. L'utilisation b.i.d. correspond à une dose le matin et le midi alors que t.i.d. correspond à matin, midi et en fin d'après-midi, vers 16h.</p>						
Dexedrine® (sulfate de dextro-amphétamine)	comprimés de 5 mg	2.5-5 mg b.i.d.	↑ 2.5-5 mg	↑ 2.5-5 mg	40 mg	20 mg
Dexedrine Spansule®⁶ (sulfate de dextro-amphétamine)	capsules de 10, 15 mg	10 mg d.i.e. a.m.	↑ 5 mg	↑ 2.5-5 mg	40 mg	30 mg
Ritalin® (chlorhydrate de méthylphénidate)	comprimés de 10, 20 mg	5 mg b.i.d. à t.i.d.	↑ 5-10 mg	↑ 5 mg	60 mg	60 mg
Ritalin SR®⁵ (chlorhydrate de méthylphénidate)	comprimés de 20 mg	20 mg d.i.e. a.m.	↑ 20 mg	↑ 20 mg	60 mg	60 mg
<p>¹ La dose maximum quotidienne peut être divisée en posologie unidose, une fois par jour (die), ou deux fois par jour (b.i.d.) ou trois fois par jour (t.i.d.) sauf pour les formulations à libération prolongée qui sont servie une fois par jour (die). Se référer au tableau des médicaments pour adolescents si l'enfant pèse plus de 40kg.</p> <p>² L'action de Dexedrine® Spansule peut durer de 6 à 8 heures</p> <p>³ Ritalin® SR peut couvrir la période du midi, mais l'expérience clinique semble indiquer un effet comparable à celui des préparations à courte durée d'action. Une augmentation de la posologie peut se faire avec un ajout d'une dose vers 14h, pour une dose totale maximum de 60mg.</p> <p>*CADDRA recommande de débiter généralement avec la dose la plus faible possible.</p>						
MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES						
PMS® ou Ratio®-méthylphénidate	comprimés de 5, 10, 20 mg	5 mg d.i.e. a.m. et midi	↑ 5 mg (ajouter une dose en fin d'après-midi, vers 16h)	↑ 5 mg	60 mg	60 mg
Novo-MPH ER-C® (méthylphénidate)	comprimés de 18, 27, 36, 54 mg	18 mg d.i.e. a.m.	↑ 18 mg	↑ 9-18 mg	54 mg	72 mg
AGENTS DE TROISIÈME INTENTION						
Ces médicaments (à l'exception de la clonidine) devraient être prescrits initialement par un médecin spécialiste.						

Options de traitement pharmacologique pour les adolescents

TABLEAU 2. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU TDAH NON COMPLIQUÉ CHEZ L'ADOLESCENT

Liste des médicaments par ordre alphabétique - Vous trouverez les renseignements thérapeutiques complets dans les monographies de produits.

Nom commercial (ingrédient actif)	Forme posologique	Dose initiale*	Calendrier d'ajustement Tous les 7 jours		Dose quotidienne maximale ^{1, 2} (> 40 kg)	
			Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA	Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA*
AGENTS DE PREMIÈRE INTENTION – Préparations à longue durée d'action						
Adderall XR® (sels mixtes d'amphétamine)	capsules de 5, 10, 15, 20, 25, 30 mg	5-10 mg d.i.e. a.m.	↑ 5-10 mg	↑ 5 mg	20-30 mg	50 mg
Biphentin® (chlorhydrate de méthylphénidate)	10, 15, 20, 30, 40, 50, 60, 80 mg	10-20 mg d.i.e. a.m.	↑ 10 mg	↑ 5-10 mg	60 mg	80 mg ³
Concerta® (chlorhydrate de méthylphénidate)	comprimés de 18, 27, 36, 54 mg	18 mg d.i.e. a.m.	↑ 18 mg	↑ 9-18 mg	54 mg	90 mg (54 + 36 mg)
Vyvanse® (dimesylate lisdexamfétamine)	capsules de 20, 30, 40, 50, 60, mg	20-30 mg d.i.e. a.m.	Selon l'avis du médecin	↑ 10 mg	60 mg	70 mg
<p>Ⓢ*Lorsque les posologies maximum ou minimum proposées par CADDRA dépassent ou sont inférieures à celles de la monographie du produit, considérer l'usage comme «hors indication». *CADDRA recommande de débiter généralement avec la dose la plus faible possible. Cette décision est basée sur un consensus fondé sur l'expérience clinique et la recherche.</p>						
AGENTS DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Préparations à longue durée d'action						
Non psychostimulant - inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline						
<p>Ⓢ Indications pour l'utilisation: Monothérapie pour le traitement du TDAH («hors indication»: prescrit comme thérapie adjuvante).</p>						
Strattera® (atomoxétine)	capsules de 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg	0.5 mg/kg/jour	Maintenir la dose pour un minimum de 7-14 jours avant d'ajuster à 0.8 mg/kg/jour puis 1.2 mg/kg/jour* pour les patients de moins de 70kg	Maintenir la dose pour un minimum de 7-14 jours avant d'ajuster à 0.8 mg/kg/jour puis 1.2 mg/kg/jour* pour les patients de moins de 70kg	Dose maximale par jour: 1.4 mg/kg/jour ou 60 mg/jour	Dose maximale par jour: 1.4 mg/kg/jour ou 60 mg/jour
AGENTS DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Préparations à courte et moyenne durée d'action						
<p>Ⓢ Indications pour l'utilisati: a) p.r.n. pour des activités spécifiques; b) pour augmenter ou prolonger l'effet d'une médication à libération prolongée en début ou fin de journée ou en début de soirée et c) quand les coûts d'achat des médicaments à libération prolongée sont prohibitifs. Pour ajouter au Adderall XR® ou Vyvanse®, les produits à base de dextroamphétamine à courte action ou à libération intermédiaire peuvent être utilisés. Pour augmenter le Biphentin® ou le Concerta®, on peut utiliser des produits à base de méthylphénidate. L'utilisation b.i.d. correspond à une dose le matin et le midi alors que t.i.d. correspond à matin, midi et en fin d'après-midi, vers 16h.</p>						
Dexedrine® (sulphate de dextro-amphétamine)	comprimés de 5 mg	2.5-5 mg b.i.d.	↑ 5 mg	↑ 2.5-5 mg	40 mg	30 mg
Dexedrine Spansule®⁶ (sulphate de dextro-amphétamine)	capsules de 10, 15 mg	10 mg d.i.e. a.m.	↑ 5 mg	↑ 2.5-5 mg	40 mg	30 mg
Ritalin® (chlorhydrate de méthylphénidate)	comprimés de 10, 20 mg	5 mg b.i.d. à t.i.d.	↑ 5-10 mg	↑ 5 mg	60 mg	60 mg
Ritalin SR®⁵ (chlorhydrate de méthylphénidate)	comprimés de 20 mg	20 mg d.i.e. a.m.	↑ 20 mg	↑ 20 mg	60 mg	80 mg
<p>¹ La dose maximum quotidienne peut être divisée en posologie unidose, une fois par jour (die), ou deux fois par jour (b.i.d.) ou trois fois par jour (t.i.d.) sauf pour les formulations à libération prolongée qui sont servie une fois par jour (die).</p> <p>² Lorsqu'on en fait un usage hors indication, la dose maximale du Biphentin® pourrait en théorie atteindre 100 mg; par sentre, selon la pratique clinique atuelle, on ne dépasserait pas les 80 mg car aucune étude clinique publiée n'a exploré les effets d'une posologie supérieure à 80 mg.</p> <p>³ Pour les adolescents de plus de 70 kg, utiliser le plan de titration pour les adultes.</p> <p>⁴ L'action de Dexedrine® Spansule peut durer de 6 à 8 heures</p> <p>⁵ Ritalin® SR peut couvrir la période du midi, mais l'expérience clinique semble indiquer un effet comparable à celui des préparations à courte durée d'action. Une augmentation de la posologie peut se faire avec un ajout d'une dose vers 14h, pour une dose totale maximum de 60mg.</p>						

TABLEAU 2. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU TDAH NON COMPLIQUÉ CHEZ L'ADOLESCENT (suite)

Liste des médicaments par ordre alphabétique - Vous trouverez les renseignements thérapeutiques complets dans les monographies de produits.

Nom commercial (ingrédient actif)	Forme posologique	Dose initiale	Calendrier d'ajustement Tous les 7 jours		Dose quotidienne maximale (> 40 kg)	
			Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA	Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA
MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES						
PMS® ou Ratio®-méthylphénidate	comprimés de 5, 10, 20, mg	5 mg d.i.e. a.m. et midi	↑ 5 mg	↑ 5 mg	60 mg	60 mg
			(ajouter une dose en fin d'après-midi, vers 16h)			
Novo-MPH ER-C® (méthylphénidate)	comprimés de 18, 27, 36, 54 mg	18 mg d.i.e. a.m.	↑ 18 mg	↑ 9-18 mg	54 mg	90 mg
AGENTS DE TROISIÈME INTENTION						
Ces médicaments (à l'exception de la clonidine) devraient être prescrits initialement par un médecin spécialiste.						

Options de traitement médical pour les adultes

TABLEAU 3. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU TDAH NON COMPLIQUÉ CHEZ L'ADULTE						
Liste des médicaments par ordre alphabétique - Vous trouverez les renseignements thérapeutiques complets dans les monographies de produits.						
Nom commercial (ingrédient actif)	Forme posologique	Dose initiale*	Calendrier d'ajustement Tous les 7 jours		Dose quotidienne maximale ^{1, 2}	
			Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA	Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA*
AGENTS DE PREMIÈRE INTENTION – Préparations à longue durée d'action						
Adderall XR® (sels mixtes d'amphétamine)	capsules de 5, 10, 15, 20, 25, 30 mg	10 mg d.i.e. a.m.	↑ 10 mg	↑ 5 mg	20-30 mg	50 mg
Biphentin® (chlorhydrate de méthylphénidate)	capsules de 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60, 80 mg	10-20 mg d.i.e. a.m.	↑ 10 mg	↑ 5-10 mg	80 mg	80 mg ³
Concerta® (chlorhydrate de méthylphénidate)	comprimés de 18, 27, 36, 54 mg	18 mg d.i.e. a.m.	↑ 18 mg	↑ 9-18 mg	72 mg	108 mg
Vyvanse® (dimesylate lisdexamfétamine)	capsules de 20, 30, 40, 50, 60 mg	20-30 mg d.i.e. a.m.	Selon l'avis du médecin	↑ 10 mg	60 mg	70 mg
<p>Ⓢ*Lorsque les posologies maximum ou minimum proposées par CADDRA dépassent ou sont inférieures à celles de la monographie du produit, en considérer l'usage comme «hors indication». *CADDRA recommande de débiter généralement avec la dose la plus faible possible. Cette décision est basée sur un consensus fondé sur l'expérience clinique et la recherche.</p>						
AGENTS DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Préparations à longue durée d'action						
Non psychostimulant - inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline						
Ⓢ Indications pour l'utilisation: Monothérapie pour le traitement du TDAH («hors indication»: prescrit comme thérapie adjuvante).						
Strattera® (atomoxétine)	capsules de 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg	40 mg ⁴ d.i.e. pour 7-14 jours	Maintenir la dose pour un minimum de 7-14 jours avant d'ajuster à 60mg/jour puis 80mg/jour. Dose max. 1.4mg/kg/j ou 100mg.	Maintenir la dose pour un minimum de 7-14 jours avant d'ajuster à 60mg/jour puis 80mg/jour. Dose max. 1.4mg/kg/j ou 100mg.	Dose maximale par jour: 1.4 mg/kg/jour ou 100 mg/jour	Dose maximale par jour: 1.4 mg/kg/jour ou 100 mg/jour
AGENTS DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Préparations à courte et moyenne durée d'action						
<p>Ⓢ Indications pour l'utilisati: a) p.r.n. pour des activités spécifiques; b) pour augmenter ou prolonger l'effet d'une médication à libération prolongée en début ou fin de journée ou en début de soirée et c) quand les coûts d'achat des médicaments à libération prolongée sont prohibitifs. Pour ajouter au Adderall XR® ou Vyvanse®, les produits à base de dextroamphétamine à courte action ou à libération intermédiaire peuvent être utilisés. Pour augmenter le Biphentin® ou le Concerta®, on peut utiliser des produits à base de méthylphénidate. L'utilisation b.i.d. correspond à une dose le matin et le midi alors que t.i.d. correspond à matin, midi et en fin d'après-midi, vers 16h.</p>						
Dexedrine® (sulfate de dextro-amphétamine)	comprimés de 5 mg	2.5-5 mg b.i.d.	↑ 5 mg	↑ 2.5-5 mg	40 mg	50 mg
Dexedrine Spansule®⁵ (sulfate de dextro-amphétamine)	capsules de 10, 15 mg	10 mg d.i.e. a.m.	↑ 5 mg	↑ 2.5-5 mg	40 mg	50 mg
Ritalin® (chlorhydrate de méthylphénidate)	comprimés de 10, 20 mg	5 mg b.i.d. à t.i.d.	↑ 5-10 mg	↑ 5 mg	60 mg	100 mg
Ritalin SR®⁶ (chlorhydrate de méthylphénidate)	comprimés de 20 mg	20 mg d.i.e. a.m.	↑ 20 mg	↑ 20 mg	60 mg	100 mg
<p>¹ La dose maximum quotidienne peut être divisée en posologie unidose, une fois par jour (die), ou deux fois par jour (b.i.d.) ou trois fois par jour (t.i.d.) sauf pour les formulations à libération prolongée qui sont servie une fois par jour (die).</p> <p>² Lorsqu'on en fait un usage hors indication, la dose maximale du Biphentin® pourrait en théorie atteindre 100 mg; par contre, selon la pratique clinique actuelle, on ne dépasserait pas les 80 mg car aucune étude clinique publiée n'a exploré les effets d'une posologie supérieure à 80mg.</p> <p>³ Certains adultes toléreraient mieux une dose de départ de 25 mg.</p> <p>⁴ La stratégie de titration du Strattera s'ajuste en fonction du poids et celle indiquée dans le tableau pour adultes s'applique aussi aux enfants et adolescents de plus de 70kg.</p> <p>⁵ L'action de Dexedrine® Spansule peut durer de 6 à 8 heures</p> <p>⁶ Ritalin® SR peut couvrir la période du midi, mais l'expérience clinique semble indiquer un effet comparable à celui des préparations à courte durée d'action.</p>						

TABLEAU 3. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU TDAH NON COMPLIQUÉ CHEZ L'ADULTE (suite)

Liste des médicaments par ordre alphabétique - Vous trouverez les renseignements thérapeutiques complets dans les monographies de produits.

Nom commercial (ingrédient actif)	Forme posologique	Dose initiale*	Calendrier d'ajustement Tous les 7 jours		Dose quotidienne maximale	
			Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA	Selon la monographie de produit	Selon les conseils de la CADDRA*
MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES						
PMS® ou Ratio®-méthylphénidate	comprimés de 5, 10, 20 mg	10 mg d.i.e. a.m. et midi CADDRA: 5 mg b.i.d. à t.i.d. considéré q.i.d.	↑ 10 mg	↑ 5 mg	60 mg	100 mg
			(ajouter une dose en fin d'après-midi, vers 16h)			
Novo-MPH ER-C® (méthylphénidate)	comprimés de 18, 27, 36, 54 mg	18 mg d.i.e. a.m.	↑ 18 mg	↑ 9-18 mg	54 mg	108 mg
AGENTS DE TROISIÈME INTENTION						
Ces médicaments (à l'exception de la clonidine) devraient être prescrits initialement par un médecin spécialiste.						

INFORMATION SPÉCIFIQUE SUR LES MÉDICAMENTS

Les régimes d'assurance médicaments peuvent varier d'une province canadienne à une autre et sont sujets à changement (voir le graphique en ligne à www.drugcoverage.ca). Le Comité LDC recommande que tous les médicaments approuvés pour le traitement du TDAH soient accessibles à tous et couverts par les régimes provinciaux.

STIMULANTS

Médicaments à base de dextroamphétamine (DEX)- longue durée d'action

Adderall XR® (sels mixtes d'amphétamine)

Les amphétamines (AMP) bloquent la pompe de recapture de la dopamine, tout en augmentant la libération de la dopamine et de la noradréline des vésicules ce qui explique son potentiel d'action plus élevé par rapport au MPH (ce qui implique qu'une dose inférieure en mg pourrait être suffisante). Les AMP sont prouvées efficaces chez les patients atteints de TDAH. Adderall XR® est un produit contrôlé, constitué d'une combinaison de sels mixtes d'amphétamine, principalement de dextroamphétamine (DEX). Adderall XR® est disponible en capsule à libération prolongée offert en six doses (5, 10, 15, 20, 25 et 30 mg).

Les principaux attributs du Adderall XR® sont:

- a) le médicament offre un contrôle des symptômes qui peut durer de 10 à 12 heures, couvrant les principales périodes où les difficultés surviennent (par exemple à l'école, les périodes de devoirs, au travail)
- b) il est indiqué pour tous les groupes d'âge par Santé Canada
- c) la capsule peut être ouverte et les granules à l'intérieur saupoudrées sur la nourriture sans perte d'efficacité (particulièrement important pour les jeunes enfants ayant des problèmes à avaler des capsules)
- d) 50% de la dose est disponible immédiatement pour une réponse matinale rapide sans besoin d'augmentation
- e) les patients peuvent être transférés facilement des AMP à courte durée
- f) un examen approfondi des cas rapportés de mort subite inexpliquée a été réalisé par Santé Canada en 2006 et la sécurité du médicament a été assurée
- g) l'abus potentiel est réduit de façon significative comparativement aux autres médicaments à courte durée en raison du type de formulation du produit selon des rapports anecdotiques provenant de centres canadiens régionaux de toxicomanie
- h) un des ingrédients actifs, la dextroamphétamine est disponible depuis plus de 50 ans et a un profil d'efficacité et de sécurité bien connu.

À l'occasion, il peut être nécessaire d'ajouter* une médication en fin d'après-midi pour allonger la durée d'efficacité clinique (*en ajout au Adderall XR® pris le matin).

Vyvanse® (dimesylate lisdexamfétamine)

La DEX bloque la pompe de recapture de la dopamine, tout en augmentant la libération de la dopamine et de la noradréline des vésicules ce qui explique son potentiel d'action plus élevé par rapport au MPH. Vyvanse® est une substance contrôlée composée d'un promédicament, la lisdexamfétamine (médicament inactif), qui nécessite une transformation biologique enzymatique pour libérer la DEX (médicament actif). La DEX a des effets similaires au Adderall XR® et d'autres produits DEX sur la noradréline et la dopamine, mais le mécanisme de libération est différent pour tous ces produits. Au Canada, Vyvanse® est disponible en capsule et offert en cinq doses (20, 30, 40, 50 et 60 mg). Aux États-Unis, depuis que la FDA a approuvé des doses de 20 à 70 mg pour le Vyvanse®, des capsules de 70 mg y sont également disponibles.

Les principaux attributs du Vyvanse® sont:

- a) le médicament offre un contrôle des symptômes pendant 13 heures chez les enfants et jusqu'à 14 heures chez les adultes, couvrant les principales périodes où les difficultés surviennent, incluant une partie de la soirée
- b) le médicament est indiqué pour tous les groupes d'âge par Santé Canada
- c) les capsules peuvent être ouvertes et le contenu peut être dilué dans l'eau sans perte d'efficacité (particulièrement important pour les jeunes enfants ayant des problèmes à avaler des capsules)
- d) les patients peuvent changer facilement du Dexedrine® ou Adderall XR®
- e) son mécanisme de libération n'est pas influencé par le pH gastrique ou le temps de transit
- f) les effets cliniques ont été décrits comme plus stables dans le temps pour chaque individu et plus constants d'une personne à l'autre
- g) étant composé d'un promédicament, sa courbe de libération n'est pas modifiée par le mode d'administration (voie orale, par inhalation ou injection) réduisant ainsi le risque d'abus potentiel; et
- h) l'ingrédient actif, la dextroamphétamine, est disponible depuis plus de 50 ans et a un profil d'efficacité et de sécurité bien connu.

Médicaments à base de dextroamphétamine (DEX)- courte et moyenne durée d'action

Dexedrine® and Dexedrine® Spansules

La DEX bloque la pompe de recapture de la dopamine, tout en augmentant la libération de la dopamine et de la noradréline des vésicules ce qui explique son potentiel d'action plus élevé par rapport au MPH. La DEX est prescrite chez les patients atteints de TDAH. Il s'agit d'une substance contrôlée. L'utilisation de Dexedrine® et Dexedrine Spansules® est positionnée par le Comité LDC dans le groupe de traitement de 2e ligne en raison de leur durée d'action plus courte que les médicaments à libération prolongée, entraînant entre autres des effets pics-creux inconfortables. Cependant, leur efficacité et sécurité sont bien établies.

Les principaux attributs de la DEX sont:

- a) l'ingrédient actif est disponible et a été étudié depuis plusieurs décennies
- b) elle peut être utile en combinaison (ajout en fin de journée) avec une médication à libération prolongée prise le matin, lorsque l'effet de celle-ci se dissipe avant la fin de la période ciblée. Ajout en fin de journée ou en prise seule si le patient désire plus de contrôle sur la flexibilité de l'horaire de dosage et qu'une plus courte durée d'action est requise
- c) un consensus du Comité LDC suggère que la DEX peut être un bon choix chez des adultes atteints de TDAH qui désirent utiliser un médicament pour une utilisation situationnelle ou ponctuelle plutôt que continue
- d) les coûts d'un traitement avec la Dexedrine Spansules® peuvent être couverts par des programmes d'accès spécial gouvernemental; ces médicaments sont généralement peu dispendieux
- e) l'effet de la Dexedrine Spansules® dure environ de 6 à 8 heures alors que le format en pilule dure environ 3 à 5 heures.

Médicaments à base de méthylphénidate (MPH): longue durée d'action

Biphentin®

Le MPH, l'ingrédient actif, est une substance contrôlée qui bloque la pompe de recapture de la dopamine et est indiqué pour le traitement du TDAH. Biphentin® est un produit à base de méthylphénidate (MPH) à libération contrôlée et est disponible en huit doses (10, 15, 20, 30, 40, 50, 60, et 80 mg). Biphentin® utilise un système de libération à multiples couches (MLRTM®).

Les principaux attributs du Biphentin® sont:

- a) il existe des études long terme s'étalant sur plus de 20 ans qui indiquent que le MPH est sécuritaire

- b) sa libération immédiate est de 40%, avec un effet graduel de 60% lui donnant une place intermédiaire vis-à-vis les autres médicaments
- c) la technologie de libération permet un effet de 10 à 12 heures couvrant les principales périodes où les difficultés surviennent (par exemple à l'école, les périodes de devoirs et pendant les heures de travail)
- d) il est disponible en huit doses, le rendant plus facile à titrer même à partir d'une plus faible dose
- e) il est approuvé pour tous les groupes d'âge par Santé Canada
- f) il est disponible seulement au Canada et il est moins dispendieux que les autres produits MPH à effet de longue durée (particulièrement aux dosages les plus faibles)
- g) la capsule peut être ouverte et les granules à l'intérieur saupoudrées sur la nourriture, ceci étant particulièrement important pour les jeunes enfants ayant des problèmes à avaler des capsules, et puisque les billes dans chaque capsule sont toutes les mêmes, il n'y a pas de problème quand elles sont versées; et
- h) les patients peuvent être transférés facilement du MPH et, si nécessaire, l'effet clinique du Biphentin® peut être complété en fin de journée par une dose de MPH à libération immédiate.

À l'occasion, il peut être nécessaire d'ajouter* une médication en fin d'après-midi pour allonger la durée d'efficacité clinique (*en ajout au Biphentin® pris le matin).

Concerta®

Le MPH, l'ingrédient actif, est une substance contrôlée qui bloque la pompe de recapture de la dopamine et est indiqué pour le traitement du TDAH. Concerta® est un produit à base de MPH à effet prolongé utilisant la technologie OROS® et est disponible en quatre doses (capsules de 18, 27, 36, et 54 mg).

Les principaux attributs du Concerta® sont:

- a) il existe des études long terme s'étalant sur plus de 20 ans qui indique que le MPH est sécuritaire
- b) il contrôle les symptômes du TDAH pour environ 10 à 12 heures, couvrant les principales périodes où les difficultés surviennent (par exemple à l'école, les périodes de devoirs et pendant les heures de travail)
- c) la proportion de libération immédiate est de 22%, avec un effet graduel de 78% permettant un effet de longue durée
- d) la coquille du comprimé est non déformable, la rendant difficile à briser, à écraser ou à couper, ce qui réduit le potentiel d'abus (selon des rapports anecdotiques provenant de centres canadiens régionaux de toxicomanie)
- e) les patients peuvent facilement être transférés du MPH à courte durée au Concerta®
- f) il est approuvé pour tous les groupes d'âge par Santé Canada. Même s'il est possible d'utiliser de multiples doses pour créer une titration plus étroite (18 mg + 27 mg = 45 mg; 27 mg + 36 mg = 63 mg, etc), le coût du médicament peut être prohibitif quand plus d'un comprimé doivent être utilisés.

À l'occasion, il peut être nécessaire d'ajouter* une médication en fin d'après-midi pour allonger la durée d'efficacité clinique (*en ajout au Concerta® pris le matin).

Ritalin LA® et Daytrana®

Ritalin® LA, une formulation MPH une fois par jour à libération prolongée, et le timbre MPH, Daytrana®, ne sont pas encore disponibles au Canada.

FocalinXR® et Focalin®

L'isomère Dextro-méthylphénidate est disponible aux États-Unis en formulation à longue action (FocalinXR®) et à courte action (Focalin®). Ces produits ne sont pas disponibles au Canada.

Autres médicaments à base de méthylphénidate à longue durée d'action (mécanisme de libération non publié)

Novo-méthylphénidate ER-C est un produit générique à base de méthylphénidate avec un mécanisme de libération progressive qui a été approuvé par Santé Canada en 2010 à titre de générique du Concerta®. Il existe des études long terme s'étalant sur plus de 20 ans qui indiquent que le MPH est sécuritaire. Le mécanisme de la libération effective de Novo-méthylphénidate ER-C n'a pas été décrit publiquement. Ce médicament n'est pas délivré par un système de pompe OROS, celui qui est utilisé avec le Concerta®. Ce médicament est disponible en quatre doses (capsules de 18, 27, 36 et 54 mg). Les principaux points forts de cette formulation générique sont liés aux coûts et au fait que son ingrédient actif est le MPH. Toutefois, le profil (effets thérapeutiques et indésirables) de cette nouvelle formulation de mécanisme de libération n'a pas été testé cliniquement. Comme pour tous les médicaments génériques, seulement la bioéquivalence doit être démontrée.

Le Comité LDC croit fermement que la bioéquivalence ne signifie pas toujours équivalence clinique et que nous avons besoin de données cliniques pour mieux formuler des recommandations sur ce nouveau médicament. Les effets secondaires et la durée d'action sont encore inconnus. L'information décrite dans la monographie du Novo-méthylphénidate ER-C est dérivée de la monographie du Concerta®, et les études n'ont porté que sur les données de bioéquivalence. Les comprimés ressemblent au Concerta®, mais peuvent être plus facilement écrasés, ce qui pourrait affecter le potentiel d'abus. Il en est de même du fait que le temps de la concentration maximale (Tmax) est plus rapide avec le Novo-méthylphénidate ER-C que ce qui est observé sous Concerta®.

Nous ne savons pas si cela aura un impact sur le profil des effets secondaires, l'apparition et la durée d'action du Novo-méthylphénidate ER-C comparativement aux effets du Concerta®. À l'heure actuelle, nous n'avons pas suffisamment de données pour formuler des recommandations sur son efficacité clinique. En l'absence d'études, nous aurons besoin d'attendre l'expérience clinique pour offrir plus de clarté.

La CADDRA a reçu des informations provenant de familles et de médecins signalant des changements radicaux de comportement chez les patients pour lesquels leur prescription de Concerta® a été changée à la formulation générique. Le Comité LDC croit que ces changements peuvent être attribués au changement de formulation des médicaments. Sur ce, la décision de passer à une formulation générique est une décision individuelle et nous insistons fortement afin que le patient et sa famille soient informés du changement de formulation, de suivre les modifications cliniques en vérifiant l'efficacité et la tolérabilité et de signaler tout changement à leur pharmacien et médecin.

Médicaments à base de méthylphénidate (MPH): courte et moyenne durée d'action

PMS®-Méthylphénidate, Ratio®-Méthylphénidate, Ritalin®, Ritalin® SR

L'efficacité et la sécurité de le MPH sont bien établies avec une réduction significative des symptômes de base du TDAH. L'utilisation des produits MPH à courte et moyenne durée d'action est positionnée par le Comité LDC dans le groupe de traitement de 2e ligne en raison de leur durée d'action plus courte que les médicaments à libération prolongée, entraînant entre autres des effets pics-creux inconfortables. Les principaux attributs du MPH sont:

- a) des études à long terme sur plus de 20 ans indiquent que le MPH est sécuritaire
- b) il peut être utile lorsqu'un ajout en fin de journée, en plus du dosage quotidien fourni par un produit à libération prolongée est requis ou si le patient désire plus de contrôle sur la flexibilité de l'horaire de dosage
- c) un consensus du Comité LDC suggère que le MPH peut être prescrit chez des adultes atteints de TDAH qui désirent utiliser un médicament pour une utilisation situationnelle ou ponctuelle plutôt que continue
- d) ces médicaments sont généralement peu dispendieux.

Ritalin® SR

Le Ritalin SR dure plus longtemps (5-6 heures) que le Ritalin. Cependant, son composé a une matrice de cire qui, parfois, résulte en une libération inconstante du médicament, entraînant des effets imprévisibles.

NON-STIMULANTS

Strattera®

L'atomoxetine (ATX) agit de façon spécifique en bloquant la pompe de recapture de la noradrénaline et est offert en capsules de sept doses différentes (10, 18, 25, 40, 60, 80 et 100 mg). L'ATX n'est pas classée parmi les psychostimulants et n'est pas une substance contrôlée.

Les principaux attributs du Strattera® sont:

- a) il procure une couverture toute la journée incluant tard le soir et tôt le matin
- b) il est indiqué par Santé Canada pour tous les patients atteints de TDAH peu importe l'âge
- c) il est particulièrement utile pour les patients ayant des tics ou des troubles anxieux comorbides, une résistance et/ou des effets secondaires avec les médicaments stimulants, incluant des problèmes reliés à une aggravation de troubles du sommeil
- d) il semble n'avoir aucun potentiel d'abus ou de diversion
- f) une nouvelle utilisation hors indication émerge pour son efficacité à réduire l'énurésie^{58, 59}.

Le début de l'effet est plus lent que pour les psychostimulants, car il agit de façon différente sur les neurotransmetteurs et l'effet maximal peut prendre jusqu'à 6 à 8 semaines. Les changements cliniques sont graduels. L'utilisation de l'ATX n'est pas le premier choix dans les cas où il est urgent d'obtenir des résultats. La dose est calibrée selon le poids du patient (voir les tableaux pour l'initiation, la titration et les doses maximales dans le document de support 7A). Il ne semble exister aucun avantage démontré pour le traitement du TDAH avec des doses au delà de 1.4 mg/kg/jour, mais il pourrait y avoir une amélioration du trouble d'opposition avec provocation au delà de 1.8 mg/kg/jour²¹¹. L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry a souligné que des doses aussi élevées que 2.2 mg/kg/jour pourraient être utilisées, mais cela est beaucoup plus élevé que la norme canadienne³. Si des doses plus élevées que celles suggérées sont envisagées, une référence à un spécialiste du TDAH devrait être faite. À noter que si le dosage excède une capsule par jour, le coût du traitement augmente.

Le profil de sécurité du médicament a été établi, incluant les facteurs de risque reliés à une irrégularité de la conduction cardiovasculaire semblable à ceux des médicaments stimulants. De rares cas d'élévation réversible des enzymes hépatiques ont été notés. Aucun protocole de suivi n'est nécessaire (par exemple tests sanguins), mais les patients devraient être avisés des symptômes cliniques associés à la dysfonction hépatique. Les patients ayant un métabolisme lent (par exemple 7% de ceux d'origine européenne, 2% de ceux d'origine africaine) ont une faible probabilité d'effets toxiques en raison du protocole habituel de titration très lent. Des mesures des niveaux sanguins ne sont pas requises. Il y a eu de rares cas d'augmentation des idées suicidaires; un cas rapporté de tentative de suicide (surdosage); aucun suicide n'a été signalé^{212, 213}. Les médecins doivent surveiller attentivement les idées suicidaires, surtout dans les phases initiales du traitement, comme pour le suivi suggéré pour les médicaments antidépresseurs. L'efficacité clinique était la même que les stimulants chez les patients n'ayant pas reçu de traitement²¹⁴. L'ATX peut aussi être combinée aux stimulants pour augmenter l'efficacité dans les cas où le médecin note que le patient n'atteint pas une réponse adéquate en monothérapie **DC**; dans de tels cas, une référence à un spécialiste du TDAH pourrait être indiquée. Strattera® peut être administré en une dose fractionnée matin et soir, qui est parfois optimale pour réduire les effets secondaires (mais cela augmente les coûts). Le Strattera peut causer des nausées importantes et des maux d'estomac chez certains patients. Les capsules de Strattera ne devraient pas être ouvertes, car cela peut causer une irritation oculaire. Si le contenu entre en contact avec les yeux, il faut rincer les yeux immédiatement et consulter un médecin au besoin.

Intuniv XR

La guanfacine chlorhydrate à libération prolongée (GXR) est un agoniste sélectif des récepteurs adrénérgiques Alpha2A et est disponible en quatre doses (1, 2, 3 et 4 mg). La GXR n'est pas classée parmi les psychostimulants et ce n'est pas une substance contrôlée. Elle est indiquée par Santé Canada pour le traitement du TDAH chez les enfants âgés de 6-12 avec une réponse sous-optimale aux psychostimulants soit en tant que thérapie adjuvante pour les psychostimulants, soit en

monothérapie. Les principaux points forts de la GXR sont les suivants:

- a) elle fournit une couverture continue, y compris la fin de soirée et les périodes du matin.
- b) elle peut être particulièrement utile pour les patients atteints d'un TDAH qui ont des Troubles du spectre des tics ou une anxiété comorbide importante, des comportements d'opposition, de l'agressivité, ou en cas de résistance et/ou d'effets secondaires de médicaments stimulants, y compris les problèmes de dégradation de sommeil ou d'élévation de la pression artérielle/pouls. Le délai d'action est plus lent que pour un stimulant, car la GXR agit différemment sur les neurotransmetteurs et l'effet maximal du traitement peut n'être atteint qu'après plusieurs semaines. Les changements cliniques sont graduels. Ce médicament ne serait pas approprié dans les cas où il est urgent d'obtenir rapidement un début d'action. Le profil des effets indésirables est très unique et nécessite un suivi étroit. Il peut y avoir une relation dose-effet du poids. La dose doit être calibrée lentement (voir les tableaux pour l'initiation, le titrage et les doses maximales dans le document de soutien 7A).

Considérant que la GXR a un taux de réponse plus faible que les psychostimulants et nécessite un suivi étroit en raison de son profil d'effets secondaires, le comité LDC-TDAH la recommande comme traitement de deuxième ligne. Mais dans des circonstances particulières où les psychostimulants ne sont pas recommandés, la GXR pourrait être un premier choix. Dans de tels cas, la référence à un spécialiste du TDAH peut être envisagée. Les comprimés ne doivent pas être écrasés, mâchés ou brisés avant d'être avalés, car ceci modifierait le taux de libération de la guanfacine. Le profil de sécurité du médicament a été étudié. Les facteurs de risque liés à des effets secondaires cardiovasculaires diffèrent de ceux associés aux médicaments stimulants et à l'atomoxétine. De la somnolence, de la sédation et une diminution du pouls et de la pression artérielle peuvent survenir, en particulier en début, après l'ajustement de la dose et après l'arrêt du médicament. La GXR ne doit pas être arrêtée brutalement, car cela pourrait augmenter de manière significative le pouls et la pression artérielle. Il faut être prudent lorsque ce médicament est administré à des patients prenant des médicaments comme des inhibiteurs du CYP3A4/5 (par exemple le kétoconazole), des inducteurs du CYP3A4, de l'acide valproïque, des médicaments réduisant la fréquence cardiaque et des médicaments prolongeant l'intervalle QT. La GXR ne doit pas être administrée avec un repas riche en gras. Il est recommandé d'éviter les aliments à base de pamplemousse.

L'Intuniv XR ne nécessite pas de tests sanguins avant de commencer le traitement. De plus, aucun ECG n'est nécessaire (en cas d'utilisation en monothérapie) tant qu'il n'existe pas d'antécédents cardiaques positifs (ce sujet doit être examiné avant de commencer un médicament pour le TDAH). Pour aider à maintenir une tension artérielle adéquate, les patients doivent être informés d'éviter la déshydratation. La GXR est le seul médicament indiqué au Canada comme thérapie adjuvante pour les psychostimulants pour le traitement du TDAH chez les enfants âgés de 6-12 ans avec une réponse sous-optimale aux psychostimulants, mais dans ces circonstances, une référence à un spécialiste du TDAH peut être envisagée. L'Intuniv XR peut être donné le matin ou le soir. L'Intuniv XR a été étudié chez les adolescents atteints d'un TDAH, mais il n'existe pas de littérature disponible pour le TDAH chez l'adulte. Par conséquent, toutes les ordonnances pour les patients de plus de 12 ans sont considérées comme à usage hors indication et doivent être supervisées par un spécialiste du TDAH.

MÉDICAMENTS UTILISÉS «HORS INDICATION»

Le traitement par ces médicaments devrait être initié seulement par des spécialistes et les détails sont disponibles dans la section réservée aux membres.

GESTION DES EFFETS SECONDAIRES

Problèmes de sommeil reliés au TDAH

Les problèmes de sommeil sont souvent rapportés par les parents des enfants souffrant du TDAH et chez les patients de tous âges²¹⁴. Les enfants ayant le TDAH sont à risque plus élevé pour les désordres du sommeil²¹⁵, et le TDAH est surreprésenté dans les cliniques de troubles du sommeil^{216,217}. De plus, les médicaments stimulants peuvent accroître la difficulté à s'endormir^{218, 219}. Le problème de sommeil comorbide avec le TDAH le plus commun est le Syndrome du Délai de Phase du Sommeil (DSPS), qui est un désordre dans lequel les patients se couchent tard et ont tendance à dormir plus longtemps le matin^{217, 220}. Les patients se plaignent souvent de ne pas être «capables d'arrêter de penser» et résistent à aller se coucher car ils n'ont pas sommeil. Le DSPS est un des Désordres Circadiens des Rythmes du Sommeil^{220, 221}.

Les patients avec le TDAH sont aussi à risque élevé pour d'autres désordres du sommeil incluant l'apnée du sommeil^{215, 222}. Les enfants avec le TDAH devraient toujours passer un questionnaire de dépistage pour les troubles du sommeil. Les anglophones utilisent l'acronyme BEARS pour ceci: Bedtime Resistance, Excessive day time sleepiness, Awakenings, Regularity, Snoring (difficulté à se coucher, somnolence diurne excessive, réveils, régularité et ronflements)²²³. La majorité des problèmes de sommeil peuvent être diagnostiqués cliniquement et traités effectivement avec une amélioration significative de la qualité de vie¹¹. Malgré le fait qu'il existe des cas possibles où des problèmes de sommeil ont été incorrectement diagnostiqués comme étant un TDAH, traiter le problème de sommeil ne règle généralement pas le TDAH^{219, 220}.

Les stimulants peuvent causer de l'insomnie: Administrer le médicament le plus tôt possible le matin. S'assurer que le patient n'est pas en «rebond» au moment où il essaye de s'endormir. Sinon, réduire la dernière dose dans la journée ou changer le type de produit à libération prolongée.

Stratégies pour améliorer le sommeil

Hygiène du sommeil

Optimiser l'hygiène du sommeil: Maintenir un environnement tranquille et confortable. Maintenir une heure de sommeil et une heure d'éveil stable. Si le patient continue à dormir tard dans la matinée, cela retardera le rythme circadien. L'exposition à des activités de stimulation passive, tel que: écouter la télévision, jouer à des jeux informatiques, ou bavarder sur Internet perturbera l'initiation au sommeil, malgré la croyance populaire que ces activités favorisent la fatigue. Il est préférable que l'individu participe à des activités qui le fatigueront mentalement (comme la lecture). L'activité physique au courant de la journée peut aider (cependant pas à l'intérieur des deux heures précédant le sommeil). Les activités au lit sont limitées au sommeil et aux relations sexuelles, cela favorisera une association positive. En cas de trouble du sommeil, le lit n'est pas fait pour écouter la télévision, manger, ou pour faire des devoirs. Comme les patients ont souvent des difficultés à se lever le matin, il est mieux d'explorer avec l'individu quelle est la meilleure façon pour lui d'approcher le problème. Des stratégies telles que boire une boisson gazeifiée non sucrée dès le réveil (l'effet pétillant peut aider à réveiller la personne) ou réchauffer la pièce (permettant ainsi d'éviter le contraste entre une pièce froide et un lit chaud) ont déjà été décrites.

Traitements validés pour la perturbation du sommeil

Le seul produit sans prescription à avoir été testé dans des essais randomisés pour l'insomnie chez les enfants avec le TDAH est la mélatonine. Deux essais ont démontré son efficacité, un en combinaison avec des techniques d'hygiène du sommeil²²¹ et un sans intégrer l'hygiène du sommeil²²⁵. Le comité du LDC-TDAH croit que ces données tendent à en démontrer l'efficacité et la sûreté de l'utilisation de la mélatonine. Son faible coût est aussi un facteur à considérer quand l'initiation au sommeil est un problème, avec ou sans les médicaments spécifique au TDAH. La mélatonine 3 à 6 mg devrait être administrée 30 minutes et plus avant l'heure désirée de sommeil. Elle peut constituer une façon sécuritaire et efficace pour traiter l'insomnie initialement associée au TDAH. Nous ne disposons cependant d'aucune donnée sur la sûreté et l'efficacité de la mélatonine prise à long terme.

Traitements non validés pour les perturbations du sommeil

Les suggestions suivantes n'ont pas été investiguées suffisamment pour prouver leur efficacité. D'avantage de recherches seront requises. En tout temps, le patient est invité à consulter son médecin pour discuter de ces possibilités.

Certaines collations diététiques peuvent avoir un effet sédatif: les interventions diététiques sont souvent des aliments hauts en tryptophane, un acide aminé commun qu'on retrouve dans des aliments tels: la dinde, les fèves, le riz, l'humus, les lentilles, les noisettes, les arachides, les graines de sésame, le thon, le lait de soya, le lait de vache, et d'autres produits laitiers. Un exemple de collation est un sandwich au beurre d'arachides avec graines de sésame hachées et un verre de lait, consommés une heure avant le sommeil.

Remèdes naturopathiques: la racine de valériane (extrait de 450-900 mg) n'a pas été investiguée cliniquement mais est reconnue comme étant relativement sécuritaire et des rapports anecdotiques suggèrent son efficacité.

Comment contrer la perte d'appétit

Plusieurs parents d'enfants atteints de TDAH s'inquiètent que leurs enfants soient «difficiles» par rapport à la nourriture et ce, même sans médication. De plus, les médicaments stimulants peuvent supprimer l'appétit davantage et modifier l'appétit à certains moments de la journée, avec un retour de l'appétit quand les taux de stimulants dans le sang sont en diminution. Il y a eu beaucoup de travaux de recherche sur la nutrition et le TDAH. Au moment de cette publication, les travaux explorant la relation entre les diètes spéciales, le sucre, le colorant alimentaire rouge, les allergies et le TDAH n'ont pas confirmé que la diète soit un élément contributeur significatif à l'étiologie du TDAH²²⁶.

Récemment il y a un intérêt croissant autour du thème du TDAH et une association possible avec un délai de la croissance ou une piètre nutrition^{13, 227-231}. Plusieurs parents s'inquiètent que leurs enfants atteints de TDAH soient minces ou petits et, comme groupe, les enfants atteints de TDAH semblent plus petits que leurs pairs²³², mais ceci demeure un point de controverse. Les enfants qui reçoivent des médicaments stimulants de façon continue démontrent un ralentissement de la croissance par rapport aux enfants qui ne reçoivent aucun médicament pour une période allant jusqu'à 3 ans³⁶. Les données récentes du Multisite Multimodal Treatment study of children with ADHD suggèrent une possible suppression de 2 cm de la taille à l'âge adulte lors d'un traitement pharmacologique continu pendant 12 ans.

Plusieurs études de la nutrition des enfants TDAH indiquent une déficience possible de zinc^{233, 234} et de ferritine sériques²³⁵, ainsi que d'acides gras oméga 3²³⁶, mais les implications cliniques de ceci ne sont pas claires. Les parents qui s'inquiètent que leur enfant mange peu, mange trop de «malbouffe», ou refuse de manger un certain groupe d'aliments pourrait s'améliorer si le médecin prenait le temps d'évaluer l'alimentation et qu'on leur donnait des stratégies pour encourager la saine alimentation.

Les enfants avec TDAH peuvent avoir de la difficulté à rester assis à table longtemps et aussi nécessiter des collations quand l'effet de la médication diminue. Ceux-ci vont donc bénéficier d'avoir accès à des collations santé. Des études cliniques randomisées fiables, avec groupe contrôle démontrant l'impact d'améliorer la qualité de l'alimentation ne sont pas disponibles. Quelques recherches suggèrent des bénéfices à la supplémentation en acides gras de type oméga 3 mais la méthodologie laisse à désirer^{237, 238}. La logique suggère que, même si une meilleure hygiène du sommeil et une saine alimentation ne guériront pas le TDAH, un sommeil et une alimentation adéquats vont contribuer à avoir une meilleure santé en général et par conséquent avoir un effet indirect sur le comportement et l'attention²³⁹⁻²⁴¹. Des informations supplémentaires sont disponibles dans la section des interventions psychosociales (chapitre 6).

Stratégies pour améliorer l'apport calorique

1. Offrir aux parents un tableau poids/taille pour qu'ils puissent surveiller tout changement. Rassurer les parents que l'enfant pourrait perdre du poids en début de traitement, mais que cela se stabilisera. La taille en percentiles de l'enfant ne devrait pas changer, mais il est nécessaire de la surveiller. Cette information aidera à réduire l'anxiété des parents.
2. Des stratégies utilisant des suppléments alimentaires sont ou des substituts de repas souvent prescrites, telles que: consommer des breuvages de protéines, ou des breuvages hauts en calories (ex: Boost®, Déjeuner en tout temps!®, Ensure®, PediaSure®, PediaSure Complete®). Puisque la bouche sèche peut être un effet secondaire du médicament,

le patient peut avoir une soif significative. Permettez lui de consommer des liquides régulièrement au courant de la journée, et un breuvage haut en calories/protéines est souvent suffisant pour maintenir ses besoins caloriques.

3. Les enfants devraient être encouragés à manger quand ils ont faim, en particulier le matin et le soir. Pendant la soirée, lorsqu'il peut y avoir un rebond d'appétit, le souper peut se répartir en deux ou trois séances pour prévenir les maux d'estomac et la surconsommation.
4. Une collation équivalente à un dîner peut être prise avant le coucher.
5. Encourager la consommation d'aliments riches en énergie, en particulier le matin, avant la prise du médicament, vu que l'enfant a un appétit plus grand et ce, même si cela signifie de le laisser manger des aliments moins typiquement réservés au déjeuner (par exemple un sandwich au beurre d'arachides et confiture, les restants du souper, etc.).
6. Utiliser des produits de lait entier (incluant lait, fromage et yogourt).
7. Préparer des collations nutritives.
8. Faire participer l'enfant dans le choix, l'achat et la préparation de ses aliments préférés.
9. Un encadrement et une routine sont importants même pendant les repas. Encourager les patients et leur famille à manger ensemble dans un environnement calme.
10. Une référence à un nutritionniste peut être nécessaire afin d'optimiser la consommation d'aliments nutritifs dans les cas de difficultés de croissance.
11. Dans les cas de familles de petite taille, le comité LDC-TDAH suggère d'envisager des congés de médicaments.

Le comité LDC-TDAH recommande que les patients TDAH prennent plusieurs repas par jour (repas+collations), plutôt que le régime de 3 repas quotidiens habituels. Plus de recherches sont par contre nécessaires.

Maux de tête

Les maux de tête sont un effet secondaire se produisant chez plus de 3% des patients utilisant des médicaments pour le TDAH. Les maux de tête peuvent être accompagnés par des nausées ou de l'irritation gastrique. Le mal de tête se manifeste d'habitude au cours des deux à trois heures après la prise du médicament et il est caractérisé par une douleur constante (plutôt qu'un mal de tête vasculaire qui cause des douleurs irrégulières). Les maux de tête vasculaires peuvent aussi être décrits, mais c'est plutôt le signe d'une exacerbation d'un trouble migraineux prémorbide.

Les stratégies pour diminuer les maux de têtes

Les traitements symptomatiques incluent les analgésiques légers tel l'acétaminophène ou le ASA. Les céphalées disparaissent généralement en une à trois semaines après que le médicament TDAH soit utilisé à dose constante. Il est important de se souvenir que les maux de tête sont souvent associés à la faim et ce sujet doit être discuté.

RISQUES CARDIAQUES POTENTIELS DES MÉDICAMENTS UTILISÉS POUR LE TRAITEMENT DU TDAH:

Robert Hamilton, MD, Division of Cardiology (Pediatrics), Hospital for Sick Children; Professor of Pediatrics, University of Toronto
Paul Dorian, MD, Division of Cardiology, St. Michael's Hospital; Professor of Medicine and Pharmacology, University of Toronto

Historique de la réglementation

En mai, 2006, Santé Canada a émis d'importantes informations relatives à la sécurité des médicaments utilisés pour le traitement du TDAH, incluant l'avertissement suivant:

Les médicaments pour le TDAH doivent être commencés à la plus faible dose possible, et augmentés lentement, car les réactions individuelles des patients peuvent varier grandement.

- Les médicaments pour le TDAH ne devraient pas être utilisés si le patient a: une maladie cardiaque symptomatique; de l'hypertension artérielle modérée ou sévère; de l'artériosclérose avancée; ou de l'hyperthyroïdisme
- Les médicaments pour le TDAH ne devraient pas être utilisés, de façon générale, pour le traitement de patients présentant des anomalies cardiaques
- Avant de prescrire un médicament pour le TDAH, il est important de savoir si le patient: a une histoire familiale de mort subite ou de mort reliée aux problèmes cardiaques; pratique des exercices de façon intensive; ou s'il prend d'autres médicaments sympathomimétiques; car ces éléments peuvent être des facteurs de risque. Chez les patients possédant des facteurs de risque, et basé sur l'opinion du clinicien, une évaluation plus exhaustive du système cardiovasculaire peut être considérée avant de commencer la médication
- Les patients qui sont considérés comme ayant besoin de traitement à long terme avec des médicaments pour le TDAH devraient avoir une évaluation périodique de leur statut cardiovasculaire, selon le jugement du clinicien
- Les patients utilisant les médicaments pour le traitement du TDAH devraient être avisés de ne pas arrêter leur médication sans consulter leur clinicien
- Une information similaire apparaîtra dans la documentation informative pour ces médicaments.

Un article plus complet est disponible (seulement en anglais) sur le site www.caddra.ca et devrait être lu par tout clinicien songeant à entreprendre le traitement d'un patient qu'il juge être à risque. Le comité LDC-TDAH a retenu les services de deux cardiologues Canadiens de renom pour préparer des recommandations pour les patients à risque qui ont des antécédents cardiaques et le TDAH. Les opinions exprimées dans cette annexe sont celles des consultants et n'ont pas été révisées par des pairs. Elles ont été écrites pour aider les médecins ayant besoin de conseils dans les cas complexes.

Recommandations cliniques

Recommandations de Surveillance de la American Heart Association

Dans le rapport de la American Heart Association: Surveillance cardiovasculaire d'enfants et d'adolescents recevant des médicaments psychotropiques (un rapport pour les professionnels de la santé)^{242, 243}, le comité sur les défauts cardiaques congénitaux, du conseil sur la maladie cardiovasculaire chez les jeunes indique que:

1. «Les rapports de mort subite chez les enfants et les adolescents traités avec des médicaments psychotropes ont soulevé des inquiétudes concernant l'indication de cette thérapie, ainsi que les bénéfices de la surveillance électrocardiographique (ECG) des patients.»
2. «Les stimulants tels que les amphétamines et le méthylphénidate (Ritalin®) causent des augmentations légères mais cliniquement non significatives du rythme cardiaque et de la pression sanguine.»
3. «La clonidine, un médicament antihypertenseur courant, a été associé avec deux cas rapportés de mort chez des

patients qui recevaient aussi du méthylphénidate, mais le mécanisme pour ces décès est inconnu et aurait pu être la cessation subite du traitement.»

La American Heart Association recommande:

1. Avant d'initier une thérapie avec des agents psychotropes un questionnaire devrait être fait avec une attention spéciale aux symptômes tels que les palpitations, les syncopes, ou la quasi-syncope. L'utilisation de médicaments (prescrits ou sans prescription) devrait être déterminée. L'histoire familiale doit être évaluée en considération du syndrome QT long ou d'autres causes de mort subite non-expliquée. La détection de ces symptômes ou facteurs de risque nécessite une évaluation cardiovasculaire par un cardiologue pédiatrique avant d'initier une thérapie.
2. Lors de visites de suivi, les patients qui reçoivent une thérapie avec des médicaments psychotropes devraient être questionnés sur l'ajout de nouveaux médicaments et l'occurrence des symptômes mentionnés ci-dessus. L'examen physique devrait inclure une mesure des pulsations cardiaques-pouls- et de la pression sanguine.

Conclusions

1. La mort subite chez les jeunes est heureusement très rare (1.2 - 1.3/100,000 population). La mort subite chez la population TDAH existe en proportion similaire à la population générale, même si seulement 50% des cas ont été reportés. Par contre, des taux de cas non-rapportés pourraient dissimuler un effet du TDAH sur la mort subite, et de rares décès sont survenus lors du premier jour d'utilisation.
2. Les conditions associées chez les patients victimes de mort subite utilisant des médicaments pour le TDAH sont très similaires à ceux de la population générale (maladie cardiaque structurale, histoire de syncope, histoire familiale de mort subite, exercice déclenchant la mort subite), et certains de ces indices aident à soupçonner un risque plus élevé de mort subite, que ce soit dans la population traitée ou non-traitée.
3. Les anomalies au niveau de l'ECG peuvent identifier certains individus dans la population générale qui sont à risque pour la mort subite. L'ECG a été recommandé et implanté en tant qu'outil de repérage peu dispendieux pour des populations à risque, tels les athlètes compétitifs de haut niveau. L'efficacité par rapport au coût pour la population d'âge scolaire est moins claire, et l'utilité du repérage ECG chez les patients traités pour le TDAH est méconnue. Il n'existe pas de consensus, et la American Heart Association recommande spécifiquement l'ECG dans les cas relatifs uniquement aux traitements aux anti-dépresseurs tricycliques ou les thérapies à la phénothiazine plutôt que pour les médicaments de type psychostimulant utilisés pour traiter le TDAH.
4. Le potentiel faible (mais non-prouvé) des médicaments pour le TDAH de contribuer à l'incidence rare de mort subite chez les enfants et les adolescents doit être pesé contre les bénéfices de la médication. Le risque/bénéfice devrait être discuté avec le parent/patient.
5. Chez les patients avec des conditions cardiaques qui les placent à un risque élevé de mort subite, les médicaments pour le TDAH doivent être considérés seulement après consultation en cardiologie, et suivant une discussion sur les risques et les bénéfices pour le patient.

Conseil pratique:

Questions et réponses: la gestion des patients atteints d'un TDAH et à risque de trouble cardiovasculaire

Q: Y a-t-il une façon de savoir spécifiquement d'avance le risque de mort subite individuel chez les patients TDAH, ainsi que le potentiel d'augmentation de risque si le patient suit le traitement?

R: Il n'est pas possible de calculer précisément l'ampleur des augmentations de risques avec les médicaments TDAH, de même que de savoir s'il existe même un risque. Par contre, il est utile de considérer, pour les fins de discussion, certaines statistiques sur les risques qui peuvent mettre les choses en perspective. Si le risque de mort subite chez un individu sans maladie cardiaque structurale évidente est approximativement 1 sur 100 000/an (âgé de moins de 25 ans), alors même une augmentation de 50% du risque résulterait d'une augmentation de 0.5/100 000 morts/an, ou une chance de 1/200 000 de décès.

Q: Y a-t-il des conditions médicales où les problèmes structurels cardiaques posent un faible risque?

R: Les patients dont les conditions cardiaques entraînent un risque de mort subite seulement légèrement plus élevé que la population générale sont probablement à faible risque s'ils prennent des médicaments pour le TDAH. Les risques/bénéfices devraient être discutés avec le parent/patient. Ces types de conditions peuvent inclure (mais ne sont pas limités à):

- a) Les patients avec un défaut septal atrial asymptomatique ou bien guéri ; b) Les patients avec un léger défaut septal ventriculaire, ou un défaut septal ventriculaire bien guéri; c) Les patients avec une coarctation de l'aorte bien guérie, sans hypertension et sans maladie valvulaire de l'aorte associée significative; d) Les patients avec une sténose de la valve pulmonaire légère ou bien guérie.

Q: Quelles mesures raisonnables devraient être prises pour assurer la sécurité cardiovasculaire du patient avant d'entamer un traitement pharmacologique pour le TDAH?


R: Tel que décrit ci-dessus, les patients et leurs familles devraient être questionnés sur leur histoire familiale de mort subite, de perte de conscience; particulièrement par rapport à l'exercice, ou de manque de tolérance à l'exercice. Il n'existe aucune preuve que des ECG de routine sont utiles pour le dépistage chez les patients en général, et la majorité des consultants ne recommandent pas ce dépistage à moins qu'il n'existe une histoire de symptômes suggérant la maladie cardiaque. Lors d'un suivi, l'apparition de syncopes, d'étourdissements, ou d'intolérance à l'exercice devrait être notée, particulièrement lors des premiers mois du traitement pharmacologique. Si ces symptômes apparaissent, on devrait consulter en urgence un pédiatre ou un cardiologue, et considérer à ce moment de mettre fin, du moins temporairement, à la médication.

Si un traitement pharmacologique du TDAH est considéré pour un patient ayant un problème structural cardiaque connu, ou pour un patient avec une histoire familiale de syncope ou de mort subite, une consultation avec un pédiatre ou un cardiologue est fortement recommandée.

Il est important de noter que chez l'enfant ou l'adolescent typique atteint de TDAH qui n'a aucun symptôme cardiaque le risque d'effets secondaires cardiaques est extrêmement faible. Par contre, une attitude vigilante et prudente quant aux risques potentiels est grandement suggérée.

AUTRE INFORMATION SUR LA MÉDICATION

Comparaisons des profils des médicaments à effet prolongé

	Adderall XR®	Vyvanse®	Biphentin®	Concerta®	Novo-MPH-ER-C®	Strattera®	Intuniv XR®
COMPARISONS CLINIQUES							
Ingrédient actif	Sels d'amphétamine	Dextro amphétamine	Méthylphénidate	Méthylphénidate	Méthylphénidate	Atomoxetine	Guanfacine à libération prolongée
Indication Canadienne	Tous les groupes d'âge	Tous les groupes d'âge	Tous les groupes d'âge	Tous les groupes d'âge	Substitut générique pour Concerta®	Tous les groupes d'âge	Enfants âgés de 6-12: monothérapie/thérapie adjuvante pour les psychostimulants avec une réponse sous-optimale aux psychostimulants
Études d'efficacité clinique	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Technologie d'action prolongée	Granules de 2 types	Pro-médicament	Granules multicouches	OROS	Mécanisme inconnu	Basé sur les taux sanguins	Matrice de polymère
Durée de l'effet	~12 heures	13-14 heures	10-12 heures	10-12 heures	Inconnu	Continu	Continu
Libération (% immédiat/ % longue durée)	50/50	Continu	40/60	22/78	Inconnu	Continu	Continu
Saupoudrable	Oui	Soluble dans l'eau	Oui	Non	Inconnu	Non	Non
Dosages disponibles	6	5	8	4	4	7	4
Potential d'abus 	Faible	Très faible	Faible	Très faible	Probablement élevé	Aucun	Aucun
Coût	\$\$	\$\$	\$+ doses faibles mais \$\$ doses plus élevées	\$\$	\$	\$\$\$	\$\$\$
Produit Contrôlé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non

EFFETS SECONDAIRES (LITTÉRATURE PUBLIÉE)

	Agents de premier niveau					Agents adjonctifs					
	Adderall XR®	Biphentin®	Concerta®	Vyvanse®	Dexedrine®	Dexedrine Spansules®	MPH Generic®	Ritalin®	Ritalin SR®	Strattera®	Intuniv XR®
Suppression de l'appétit	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Rapportée avec incidence moindre
Perte de poids	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Insomnie initiale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X ¹	
Somnolence										X	X
Maux de tête	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X ²	X
Bouche sèche	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Irritabilité de rebond	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Nausée/Vomissements	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Maux GI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Douleur abdominale supérieure signalée
Étourdissements	X	X	X	X	X					X	X
Anxiété	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X ²	
Exacerbation Tics	X	X	X	X	X	X	X	X	X	possible	
Élévation TA + RC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Si brusquement cessé
Baisse TA + RC											X
Constipation/Diarrhée	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Dysfonction sexuelle	mineurs			mineurs	mineurs	mineurs				X	
Dysphorie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Réactions cutanées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

¹ De l'insomnie initiale a été observé cliniquement chez les adultes, et a été rapporté par le comité LDC-TDAH.

² Rapporté cliniquement par le comité LDC-TDAH.

PHARMACOCINÉTIQUES

	Agents de première intention					Agents de deuxième intention ou d'appoint					
	Adderall XR®	Biphentin®	Concerta®	Vyvanse®	Strattera®	Dexedrine®	Spansules Dexedrine®	MPH Générique	Ritalin®	Ritalin SR®	Intuniv XR®
Liaison aux protéines	12-15%		8-15%		98%	12-15%	12-15%	8-15%	8-15%	8-15%	70%
Pic plasmatique	7 heures	2 heures, suivi de 6 heures	1 heure, suivi de 6-10 heures	3.5 heures	1-2 heures	1-4 heures	6-10 heures	3.8-4.6 heures	0.3-4 heures	1-8 heures	5 heures
% libération immédiate	50%	40%	22%	Continuel	Continuel	100%		100%	100%		Continuel
T 1/2	9 heures enfant 10 heures adulte	5 heures	3-5 heures	9.6 heures	5 heures	6-8 heures	6-8 heures	2.5 heures	2.5 heures	3-4 heures	18 heures
Durée d'action	~12 heures	10-12 heures	10-12 heures	13-14 heures	24 heures	~4 heures	~6-8 heures	3-4 heures	3-5 heures	3-8 heures	24 heures
Blocage enzymatique					CYP2D6						
Produit Contrôlé	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Neurochimie	DA/NA	DA	DA	DA/NA	NA	DA/NA	DA/NA	DA	DA	DA	Alpha 2A nor-adrénergique

DA: Dopamine
NA: Noradrénaline

PHARMACOLOGIQUES

Agents de premier niveau					Agents adjonctifs						
	Adderall XR®	Biphentin®	Concerta®	Vyvanse®	Strattera®	Dexedrine®	Spansules Dexedrine®	MPH Générique	Ritalin®	Ritalin SR®	Intuniv XR®
Agents acidifiants p.ex., jus de fruits	<ul style="list-style-type: none"> ↓ absorption ↑ élimination ↓ niveau plasmatique 			<ul style="list-style-type: none"> ↓ absorption ↑ élimination ↓ niveau plasmatique¹ 		<ul style="list-style-type: none"> ↓ absorption ↑ élimination ↓ plasma level 					
Agents alkalis p.ex., bicarbonate de sodium	<ul style="list-style-type: none"> ↑ absorption ↓ élimination ↑ half-life 			<ul style="list-style-type: none"> ↑ absorption ↓ élimination ↑ half-life² 		<ul style="list-style-type: none"> ↑ absorption ↓ élimination ↑ half-life 					
Analgésiques p.ex., Meperidine	<ul style="list-style-type: none"> ↑ effets analgésiques 			peut ↑ effets analgésiques							
Antiarythmiques p.ex., Quinidine					↑ ATX						Généralement non recommandé
Antiasthmatiques											
Antibactériens p.ex., Linezolid		à éviter	à éviter		↑ RC avec les pompes			à éviter	à éviter	à éviter	
Anticoagulation e.g. Warfarin		↑ effets du Coumadin	↑ effets du Coumadin	↑ effets du Coumadin				↑ effets du Coumadin			
Anticoagulants p.ex., Coumadin											<ul style="list-style-type: none"> ↑ Concentrations d'acide valproïque ↑ Effets de GXR
Phenobarbital	peut ↑ effets de la Rx anti-convulsivante	↑ effets de la Rx anti-convulsivante	↑ effets de la Rx anti-convulsivante	peut ↑ effets de la Rx anti-convulsivante		Effets synergétiques		↑ effets de la Rx anti-convulsivante			
Phénytoin											
Primidone											

¹ Les produits gastro-intestinaux acidifiants n'affectent pas le Vyvanse mais les produits acidifiants urinaires le peuvent.

² Les produits gastro-intestinaux alcalinisants (ex.: anti-acides) n'affectent pas le Vyvanse mais les produits alcalinisants urinaires le peuvent.

* Ces informations ont été révisées par les compagnies pharmaceutiques qui produisent ces médicaments sauf Glaxo Smith Klein, Novartis et Novopharm.

PHARMACOLOGIQUES* (suite)

	Agents de première intention				Agents adjonctifs						
	Adderall XR®	Biphentin®	Concerta®	Vyvanse®	Strattera®	Dexedrine®	Spansules Dexedrine®	MPH Générique	Ritalin®	Ritalin SR®	Intuntiv XR®
Antidépresseur - MAOI p.ex., Phénelzine	↑ noradrénaline - peut entraîner une crise hypertensive - ne pas combiner										
RIMA p.ex., Moclobémide	ne pas combiner		↑ TA	ne pas combiner	↑ TA	précaution			Il pourrait y avoir un effet additif; peut ↑ TA		
ISRS p.ex., Fluoxétine	↑ effets du ISRS	↑ effets du ISRS	↑ effets du ISRS	↑ effets du ISRS	↑ Concentration plasma ATX	Il pourrait y avoir un effet additif			↑ effets du ISRS		inhibiteur CYP450 3A4 ↑ taux de GXR
Antidépresseur tricyclique (TC) - Secondaire p.ex., Desipramine	peut ↑ taux de TC ou d'AMP	↑ effets du TC	↑ effets du TC	peut ↑ taux de TC ou d'AMP	ne devrait pas être utilisé en combinaison	peut ↑ taux de TC ou de l'amphétamine			peut ↑ taux de TC ou de l'amphétamine		
TC - Tertiaire p.ex., Amitriptyline											
Antihypertenseurs Beta Bloqueurs p.ex., Propranolol	peut ↓ les effets hypotenseurs			peut ↓ les effets hypotenseurs							peut ↑ les effets hypotenseurs
Agonistes Alpha 2 p.ex., Clonidine	peut ↓ les effets hypotenseurs	précaution	précaution	peut ↓ les effets hypotenseurs		peut ↓ les effets hypotenseurs			précaution		non recommandé
Antipsychotiques p.ex., Chlorpromazine, Halopéridol											peut interagir avec d'autres médicaments qui prolongent QTc
Depresseurs du SNC Antihistaminiques p.ex., Diphénylamine	Peut inhiber l'effet stimulant central de l'AMP			Peut inhiber l'effet stimulant central de l'AMP				Peut affecter les effets sédatifs			peut entraîner un effet sédatif additionnel

ATX= ATOMOXÉTINE

*Ces informations ont été révisées par les compagnies pharmaceutiques qui produisent ces médicaments sauf Glaxo Smith Klein, Novartis et Novopharm.

CONTRE-INDICATIONS (C) OU PRÉCAUTIONS (P) (LITTÉRATURE PUBLIÉE)

	Agents de première intention					Agents de deuxième intention ou d'appoint					
	Adderall XR®	Biphentini®	Concerta®	Vyvanse®	Strattera®	Dexedrine®	Spansules Dexedrine®	MPH Générique	Ritalin®	Ritalin SR®	Intumiv XR®
Tic ¹	p	c	c	p		p	p	c	c	c	
Epilepsie	p	p	p	p		p	p	p	p	p	
Maladies cardiaques ²	p/c	p/c	p/c	p/c	p/c	p/c	p/c	p/c	p/c	p/c	p
Maladies hépatiques											p
Troubles des conduites alimentaires											
Psychoses	p	p	p	p	p	c	c	c	c	c	
Maladies du rein											p
Glaucome	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	
Hyperactivité gl. thyroïde	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	
Tumeurs gl. adrénales	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	
Asthme					p ³						
Obstructions GI			p								

¹ Les médicaments psychostimulants sont utilisés avec précaution dans les tics mais le comité LDC-TDAH est d'accord qu'ils peuvent être prescrits s'il y a un problème significatif du TDAH. Dans ces cas, les médicaments pour le TDAH sont souvent combinés à d'autres médicaments contre les tics tels les neuroleptiques atypiques ou les agonistes de type alpha-2.

² Voir Chapitre 7, document de support 7D

³ Strattera peut être utilisé enusé combiné avec des Beta2 agonistes en inhalation comme le salbutamol, mais doit être utilisé avec précaution chez les patients prenant des Beta2 agonistes, incluant le salbutamol, administrés oralement ou sous forme intra-veineuse.

TROUSSE D'ÉVALUATION DU TDAH DE CADDRA (CADDRA ADHD ASSESSMENT TOOLKIT - CAAT)

Il est suggéré que les médecins remplissent un formulaire d'évaluation (FE), un formulaire de dépistage (FD), et au moins une échelle d'évaluation (EE). Pour les enfants, le formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant (ENS) est également suggéré. Pour les adultes, une collecte d'information collatérale est utile lorsque disponible. Les formulaires de suivi (FS) sont également recommandés, tout en s'assurant d'avoir complété dès le départ le type de formulaire choisi qui servira de référence de base.

Évaluation et Suivi

Formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH (FE)	8.1
Weiss Symptom Record (WSR) (FD)	8.14
Inventaire des symptômes du TDAH (EE) (FS)	8.20
SNAP-IV-26* (EE)	8.22
Adult ADHD Self Report Scale* (EE)	8.24
Weiss Functional Impairment Rating Scale – Self Report* (EE)	8.27
Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report* (EE)	8.29
Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant (Enfants/Adolescents) (ENS)	8.31
Formulaire CADDRA du médecin pour le suivi du TDAH (S)	8.34
Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique (S)	8.35

Instructions pour le médecin

Weiss Symptom Record* – directives	8.13
Inventaire des symptômes du TDAH – directives	8.19
SNAP-IV-26* – directives	8.21
Adult ADHD Self Report Scale* – directives	8.23
Weiss Functional Impairment Rating Scale* – directives	8.25

Outils pour enfant/adolescent		Outils pour adulte	
Évaluation et Suivi		Évaluation et Suivi	
Formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH	8.1	Formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH	8.1
Weiss Symptom Record (WSR)	8.14	Weiss Symptom Record (WSR)	8.14
Inventaire des symptômes du TDAH	8.20	Inventaire des symptômes du TDAH	8.20
SNAP-IV-26	8.22	Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)	8.24
Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report (WFIRS-P)	8.29	Weiss Functional Impairment Rating Scale – Self Report (WFIRS-S)	8.27
Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant	8.31	Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report (WFIRS-P)	8.29
Formulaire CADDRA du médecin pour le suivi du TDAH	8.34	Formulaire CADDRA du médecin pour le suivi du TDAH	8.34
Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique	8.35	Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique	8.35
Documents		Documents	
Informations générales et ressources du TDAH (CADDRA)	8.39	Informations générales et ressources du TDAH (CADDRA)	8.39
Instructions pour l'évaluation de l'enfant (CADDRA)	8.43	Instructions pour l'évaluation de l'adulte (CADDRA)	8.46
Instructions pour l'évaluation de l'adolescent (CADDRA)	8.44		
Instructions aux enseignants (CADDRA)	8.45	* version française – non validée	



Nom du patient:	
Date de naissance:	No de dossier:
Nom du médecin:	Date:

FORMULAIRE CADDRA D'ÉVALUATION DU TDAH

Identification

Patient:		D.N.:	Date de l'examen:
Âge:	Sexe: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Niveau scolaire (actuel/dernier complété):	
Occupation actuelle: <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Invalidité		Profession:	
État civil: <input type="checkbox"/> enfant/adolescent OU <input type="checkbox"/> adulte célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> conjoint de fait <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé			
Origine ethnique:			
Autre personne contact:		Téléphone du patient:	

Information démographique - famille

	Père biologique (si connu)	Mère biologique (si connue)	Époux(se)/Conjoint(e) (si applicable)
Nom			
Profession			
Dernier niveau scolaire complété:			
Adopté(e): <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Âge lors de l'adoption:	Pays d'origine:	
Fratrie biologique et par alliance:			
	Beau-père (si applicable)	Belle-mère (si applicable)	Autre tuteur (si applicable)
Nom			
Profession			
Dernier niveau scolaire complété:			
Nombre de demi-frères et/ou demi-soeurs:			
Garde (indiquer le parent ayant la garde)	Temps avec père biologique	Temps avec mère biologique	Temps avec famille recomposée
Langue parlée:	À la maison: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre		À l'école :
Enfants (si applicable)	Nombre d'enfants biologiques:	Nombre d'enfants du conjoint(e):	
Nom et âge:			

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Antécédents médicaux

Allergies: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:			
Antécédents cardiovasculaires: <input type="checkbox"/> hypertension <input type="checkbox"/> tachycardie <input type="checkbox"/> arythmie <input type="checkbox"/> dyspnée <input type="checkbox"/> douleurs à la poitrine après effort <input type="checkbox"/> évanouissements <input type="checkbox"/> autre:			
Risques cardiovasculaires spécifiques identifiés: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:			
Résultats de laboratoire ou ECG positifs:			
Histoire médicale positive:	<input type="checkbox"/> Exposition in utero à la nicotine, alcool ou drogue	<input type="checkbox"/> Stigmates/effets du SAF	<input type="checkbox"/> Anoxie/complications périnatales
<input type="checkbox"/> Retard de développement	<input type="checkbox"/> Problèmes de coordination	<input type="checkbox"/> Dysfonction motrice cérébrale	<input type="checkbox"/> Empoisonnement au plomb
<input type="checkbox"/> Neurofibromatose	<input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire	<input type="checkbox"/> Autre syndrome génétique	<input type="checkbox"/> Troubles visuels/auditifs
<input type="checkbox"/> Trouble de la thyroïde	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Retard de croissance	<input type="checkbox"/> Anémie
<input type="checkbox"/> Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Énurésie	<input type="checkbox"/> Blessures
<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Tourette/tics	<input type="checkbox"/> Hypertrophie des adénoïdes ou des amygdales	<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Symptômes secondaires à des causes médicales		<input type="checkbox"/> Complications médicales de la consommation de drogues/alcool	
Autre/Détails:			

Historique des médicaments

Assurance médicaments complète: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:			
<input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée		Traitements psychologiques couverts: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:	
Adhésion au traitement/attitude à l'égard des médicaments: Difficulté à avaler les pilules: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Si applicable: contraception) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails:			
Médicaments actuels:	Dosage	Durée du traitement	Résultats et effets secondaires
Médicaments antérieurs	Dosage	Durée du traitement	Résultats et effets secondaires

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Examen physique

Les diverses lignes directrices du monde entier reconnaissent la nécessité d'un examen physique dans le cadre d'une évaluation pour le TDAH afin d'éliminer les causes organiques du TDAH, d'exclure les séquelles somatiques du TDAH et d'écarter les contre-indications aux médicaments. Bien que cet examen physique suive toutes les procédures habituelles, plusieurs évaluations spécifiques sont nécessaires. Il s'agit notamment de, mais sans s'y limiter:

Exclure les causes médicales mimant un TDAH:

1. Évaluation auditive et visuelle
2. Trouble de la thyroïde
3. Neurofibromatose (taches café au lait)
4. Toute cause possible d'anoxie (asthme, CV, trouble cardiovasculaire)
5. Syndromes génétiques et dysmorphies faciales
6. Syndrome d'alcoolisme fœtal: retard de croissance, petite circonférence de la tête, ouverture plus petite des yeux, pommettes aplaties et philtrum indistinct (espace sous-développé entre le nez et la lèvre supérieure)
7. Abus physique: fractures non guéries, marques de brûlure, blessures inexpliquées
8. Troubles du sommeil: hypertrophie des adénoïdes ou des amygdales, difficulté à respirer, apnée du sommeil
9. Retard de croissance ou retard staturo-pondéral
10. PCU, maladie du coeur, épilepsie et diabète instable peuvent tous être associés à des problèmes d'attention
11. Traumatisme crânien

L'histoire médicale et les examens de laboratoire fournissent de l'information sur la consommation par la mère pendant la grossesse, l'apnée du sommeil, le retard de croissance, l'empoisonnement au plomb, un traumatisme crânien.

Exclure les séquelles du TDAH:

1. Abus
2. Haut seuil de douleur
3. Sommeil irrégulier, retard de la phase du sommeil, court cycle du sommeil
4. Trouble comorbide de la coordination du développement, preuve de difficultés de motricité en faisant des tâches de routine telles que se rendre à la table d'examen
5. Mange difficilement: ne s'assoie pas pour manger
6. Preuve de blessures causées par une mauvaise coordination ou pratique de sports extrêmes

Exclure les contre-indications aux médicaments:

1. Glaucome
2. Hypertension non contrôlée
3. Toute anomalie cardiovasculaire significative

Date du dernier examen physique:	Par qui:
Résultats d'anomalie au dernier examen:	

Examen physique actuel

Système	Fait		Normal		Résultats (Détails de l'anomalie)
	Non	Oui	Non	Oui	
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GI et GU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Musculo-squelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunologique et Hématologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endocrinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dysmorphie faciale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Poids: Chez les enfants: percentile	Taille: Chez les enfants: percentile	Circonférence tête: (Seulement pour enfants)	TA:	Pouls:
--	---	---	-----	--------

Résultats pertinents à l'examen: (Détails)
--

Antécédents psychiatriques:

Évalué alors que enfant/adolescent/adulte? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui par:	
Diagnostiques antérieurs:	
Tentatives de suicide ou gestes de violence envers les autres: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Détails:
Traitements psychologiques: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Évaluation/hospitalisation psychiatrique antérieure: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

Historique du développement

Problèmes durant la grossesse: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Détails:
Accouchement: <input type="checkbox"/> à la date prévue <input type="checkbox"/> prématuré (# de sem.:____) <input type="checkbox"/> en retard (# de sem.:____) <input type="checkbox"/> forceps utilisés <input type="checkbox"/> césarienne <input type="checkbox"/> siège	
Difficultés de motricité globale: ramper, marcher, deux roues, gym, sports: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Difficultés de motricité fine: tracer, attacher lacets, dessiner, écrire: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Difficultés de langage: premier langage, premiers mots, phrases complètes, bégaiement: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Comportements étranges notés (par exemple se balancer sur place, claquer des mains, aucun contact visuel, jeu étrange, se frappe la tête): <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Tempérament: (par exemple difficile, hyper, facile, tranquille, heureux, affectueux, calme, se calme par soi-même, intense)	
Description par les parents du tempérament de leur enfant:	
Trouble d'apprentissage identifié: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> dyslexie <input type="checkbox"/> dysorthographe <input type="checkbox"/> dyscalculie <input type="checkbox"/> dysphasie <input type="checkbox"/> autre: _____	

Antécédents familiaux (parenté de premier degré)

Quel était le tempérament des parents biologiques pendant leur enfance, si connu (par exemple introverti versus extraverti):	
Père:	Mère:

Antécédents familiaux positifs:			
<input type="checkbox"/> TDAH (probable)	<input type="checkbox"/> TDAH (confirmé)	<input type="checkbox"/> Troubles d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Retard mental
<input type="checkbox"/> Troubles du spectre autistique	<input type="checkbox"/> Troubles congénitaux	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Dépression
<input type="checkbox"/> Bipolaire	<input type="checkbox"/> Psychose	<input type="checkbox"/> Troubles de personnalité	<input type="checkbox"/> Suicide
<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Tourette/Tics	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Problèmes d'alcool/drogues
<input type="checkbox"/> Antécédents judiciaires			
<input type="checkbox"/> Antécédents de mort cardiaque prématurée	<input type="checkbox"/> Arythmies connues	<input type="checkbox"/> Hypertension	
Détails:			

Fonctionnement dans la vie sociale et loisirs

Habitudes générales (selon l'âge du sujet, certains points peuvent ne pas s'appliquer) Donner fréquence et/ou détails:			
Exercice			
Nutrition			
Hygiène personnelle			
Activités de loisir adéquates			
Routine du sommeil et qualité du sommeil	Heure du coucher: # heures de sommeil:	Temps nécessaire pour s'endormir: Mélatonine: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dose:	Heure de réveil:
Troubles du sommeil?	Résistance au coucher: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Somnolence diurne excessive: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Réveil: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Régularité: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Ronflement: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

Facteurs importants de risque identifiés

Facteur de risque	Non	Oui	Détails et attitude face au changement
Temps d'écran excessif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendance aux accidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sports extrêmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Caféine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Finances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conduite automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Relations interpersonnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rôle parental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conflits familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspect légaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discipline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Témoin de violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abus physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abus émotionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abus sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Placement en famille d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertes significatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fonctionnement actuel à domicile (selon l'âge du sujet, certains points peuvent ne pas s'appliquer). Donner fréquence et/ou détails:	
Forces famille/patient	
Facteurs de stress au sein de la famille	Antérieurs:
	Actuels:
Atmosphère familiale	
Routine matinale	
Attitudes face aux tâches (si adulte: tâches ménagères)	
Attitudes face aux règles (si adulte: capacité à fixer des règles)	
S'amuser en famille	
Discipline au sein de la famille (si adulte: capacités parentales)	
Relations avec la fratrie (si adulte: relations avec conjoint(e))	
Frustrations parent/conjoint(e)	

Fonctionnement social (selon l'âge du sujet, certaines peuvent ne pas s'appliquer). Donner fréquence et/ou détails:	
Forces du patient	
Activités, loisirs	
Amis (par exemple jouer avec des amis, fêtes, évènements sociaux)	
Habilités sociales (par exemple compassion, empathie)	
Humour	
Gestion de la colère (par exemple agression, intimidation)	
Intelligence émotionnelle (par exemple contrôle émotionnel, conscience)	
Identité sexuelle	

Fonctionnement à l'école (si ne fréquente pas l'école, indiquer les antécédents scolaires)		
Nom de l'école	<input type="checkbox"/> Français langue seconde <input type="checkbox"/> Plan d'enseignement individualisé <input type="checkbox"/> Classe spécialisée <input type="checkbox"/> Désignation spécialisée Détails:	
	Maternelle – 6e année	Sec 1 à 5
Bulletins scolaires		
Commentaires sur bulletin		
Problèmes de comportement		
Relations avec les pairs		
Relations enseignant-enfant		
Relations enseignant-parents		
Attitudes face aux devoirs		
Sens de l'organisation		
Réalise son potentiel/difficultés		
Expression écrite		
Accommodements		
Tutorat et/ou aide pour apprentissage		
Aides technologiques		
	CEGEP/Université	
Accommodements		
Réalise son potentiel/difficultés		

Fonctionnement au travail (selon l'âge du sujet, certains points peuvent ne pas s'appliquer). Donner fréquence et/ou détails:	
Statut d'emploi actuel:	<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> Tpartiel <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Contrat <input type="checkbox"/> Invalidité
Évaluation sur le plan professionnel:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, genre d'emplois:
# d'emplois antérieurs:	Durée la plus longue d'un emploi:
Forces au travail:	
Faiblesses au travail:	
Plaintes:	
Accommodements au travail:	
Autre information sur le travail:	

Échelles d'évaluation (Administer une ou les échelles d'évaluation pertinentes pour le proche, l'enseignant ou le patient)

ÉTAPE 1: Indiquer le formulaire utilisé

Symptômes du TDAH dans l'enfance:	<input type="checkbox"/> Inventaire des symptômes du TDAH	<input type="checkbox"/> SNAP-IV	<input type="checkbox"/> Autre
Symptômes actuels du TDAH:	<input type="checkbox"/> Inventaire des symptômes du TDAH <input type="checkbox"/> SNAP-IV (pour enfant)	<input type="checkbox"/> Weiss Symptom Record (WSR) <input type="checkbox"/> ASRS (pour adulte)	<input type="checkbox"/> Autre

L'inventaire des symptômes du TDAH peut être utilisé pour évaluer a posteriori les symptômes du TDAH dans l'enfance (chez les adultes), pour les symptômes actuels et pour le suivi (pour tous les âges)

ÉTAPE 2: Indiquer le résultat obtenu

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES (entrer le nombre de points positifs pour chaque catégorie, encercler la case si le seuil a été atteint ou si un TOP ou TC est une préoccupation)							
Dépistage a posteriori sx enfance	IA	/9	HI	/9	TOP	/8	TC* /15
ACTUELS							
Parent	IA	/9	HI	/9	TOP	/8	TC* /15
Patient	IA	/9	HI	/9	TOP	/8	TC* /15
Enseignant	IA	/9	HI	/9	TOP	/8	TC* /15
Collatéral	IA	/9	HI	/9	TOP	/8	TC* /15
Dx autre trouble comorbide*							

* Le trouble des conduites et les autres troubles comorbides ne s'appliquent qu'au WSR.

POUR LES ADULTES: Le Adult ADHD Self Report Rating Scale (ASRS) (version française – non validée) peut être utilisé pour les symptômes actuels du TDAH, partie A étant la section pour le dépistage.

ADULT ADHD SELF REPORT RATING SCALE (ASRS) (version française – non validée) (entrer le nombre de points positifs pour la partie A et la partie B, encercler la case si le seuil a été atteint)		
Partie A (Seuil > 4)	/6	Partie B /12

ÉTAPE 3: Administrer le Weiss Functional Inventory Rating Scale (WFIRS) (version française – non validée)

WEISS FUNCTIONAL INVENTORY RATING SCALE (WFIRS) (version française – non validée) (noter le nombre de points évalués 2 ou 3, encercler lorsque vous percevez un problème)							
Parent	Famille /10	École (apprentissage) /4 (comportement) /6	Quotidien /10	Concept de soi /3	Social /7	Risque /10	
Soi-même	Famille /8	Travail /11	École /10	Quotidien /12	Concept de soi /5	Social /9	Risque /14

AUTRES ÉCHELLES

Évaluation psychométrique – Faite? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Demandée						Date(s) des tests:		
Résultats des tests d'intelligence:		<input type="checkbox"/> sous la moyenne <input type="checkbox"/> limite <input type="checkbox"/> moyenne inférieure		<input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> moyenne supérieure <input type="checkbox"/> supérieur à la moyenne <input type="checkbox"/> supérieur				
WISC or WAIS (%ile ou résultat)	Compréhension verbale	Raisonnement perceptif	Mémoire de travail	Vitesse de traitement	Anciens tests QI utilisaient %ile/QI QI global QI verbal QI performance			
Tests de rendement Résultat: -2 (>2 ans plus bas) -1 (1-2 ans plus bas) 0 (niveau de base) +1 (1-2 ans plus haut) +2 (>2 ans plus haut)								
Niveau académique		Lecture		Orthographe		Maths		Écriture

ÉTAT MENTAL LORS DE L'EXAMEN (observations cliniques lors de la rencontre)

Sommaire des Résultats

(Cette section permet au médecin de faire le point sur la collecte globale de l'information pour l'élaboration du diagnostic, la rétroaction et le plan de traitement)

Item de pertinence	N/A	N'indique pas un TDAH	Indique peut-être un TDAH	Indique fortement un TDAH	Commentaires
Symptômes du TDAH dans l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes actuels du TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Information collatérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observations cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédents familiaux (parenté de premier degré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Révision des bulletins scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Évaluations psychiatriques antérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Évaluations psychométriques/psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N/A	suggère qu'une explication alternative explique mieux le tableau	TDAH est toujours possible, mais d'autres facteurs sont pertinents	TDAH demeure la meilleure explication	Commentaires
Exposition in utero à des substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Complications postnatales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tempérament lorsque jeune enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Principales étapes du développement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stresseurs psychosociaux avant l'âge de 12 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accidents et blessures (particulièrement à la tête)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traumatisme majeur avant l'âge de 12 ans (par exemple abus physique, sexuel, négligence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres troubles médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Diagnostic

Note: Ce tableau aide le médecin à comprendre comment le DSM-IV-TR classe l'information par axes		
Axe 1: Diagnostic actuel et troubles d'apprentissage		
Axe 2: Retard mental, retard de développement et troubles de la personnalité (traits si sous le seuil d'un trouble actuel)		
Axe 3: Troubles médicaux ou troubles médicaux antérieurs qui seraient importants à noter		
Axe 4: Sévérité des stressseurs psychosociaux: nommer les stressseurs et indiquer la sévérité (légère, modérée ou sévère)		
Axe 5: Évaluation globale du fonctionnement: il s'agit d'un nombre donné (à partir du tableau ci-dessous) qui permet de surveiller le fonctionnement au fil du temps. Il s'agit d'un moyen rapide d'être capable d'enregistrer les progrès cliniques.		
Axe V	Points CGAS	Résultat
91-100	Fonctionnement supérieur dans tous les aspects de la vie; actif, aimable, confiant	
90-81	Bon fonctionnement à l'école, à la maison, avec ses pairs, réaction d'intensité légère face aux transitions et aux soucis quotidiens	
80-71	Légère difficulté à l'école, à la maison ou avec ses pairs: aspect transitoire des comportements et réactions émotionnelles	
70-61	Difficulté dans un aspect de la vie, mais fonctionne bien en général (changement d'humeur, acte anti-social sporadique)	
60-51	Fonctionnement variable et difficultés sporadiques dans plusieurs aspects de la vie, apparents aux autres	
50-41	Ingérence modérée dans le fonctionnement ou difficultés sévères à l'école, à la maison ou avec ses pairs	
40-31	Difficulté majeure, incapable de fonctionner dans un aspect (tentative de suicide, agressif, isolé, perturbations sévères de l'humeur, troubles de la pensée)	
30-21	Incapable de fonctionner dans la vie, difficulté sévère de communication et perte de contact avec la réalité	
20-11	Besoin de supervision pour se sentir en sécurité et pour son entretien, grave difficulté de communication	
10-0	Besoin de supervision 24hrs vu agressivité sévère, comportement autodestructeur, atteinte sévère avec pensée désorganisée, perte de contact avec la réalité et difficulté majeure de communication	

Diagnostic selon le DSM:
Axe 1: Diagnostics DSM
Axe II: Trouble de personnalité/Retard de développement
Axe III: Conditions médicales
Axe IV: Stressseurs (légers, modérés, sévères)
Axe V: Fonctionnement

Points importants sur le style de vie:

PLAN DE TRAITEMENT

Nom du patient: _____ No de dossier: _____

	N/A	À faire	Fait	Référé à et commentaires
Psychoéducation				
Éducation du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Éducation des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Info pour l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documents d'information remis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médical				
Examen physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examen cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Évaluations de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examens de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interventions pharmacologiques				
Discussion des options pharmacologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traitement pharmacologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interventions non pharmacologiques				
Évaluation psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion des habiletés sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion de la colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion de la dépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thérapie comportementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thérapie cognitive-comportementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Formation spécifique-habiletés parentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Référence en ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thérapie du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pédagogique & Professionnel				
Évaluation en psychologie ou neuropsychologie ou en orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accommodements à l'école/éducation spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Évaluation sur le plan professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accommodements au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Formulaires particuliers à remplir				
Crédits d'impôt de l'Agence canadienne du Revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Signature du médecin: _____ Date: _____

Copie envoyée à: _____ No de télécopieur: _____

Weiss Symptom Record (WSR) Directives (version française – non validée)

Objectif

- Recueillir auprès du patient et d'autres informateurs des informations concernant plusieurs troubles psychiatriques y compris les troubles d'apprentissage, troubles de développement et troubles de la personnalité grâce à un inventaire systématique de symptômes.
- Servir de base de comparaison pour aider les cliniciens lors de leur entrevue et examen mental du patient, s'assurant de ne pas manquer des comorbidités peu fréquentes mais pertinentes et faciliter la différenciation entre des conditions qui présentent des symptômes communs.
- Cet échelle n'est pas «diagnostique».

Caractéristiques uniques

- Cet échelle peut être complétée par n'importe quel individu qui a une bonne connaissance du patient; elle permet donc une comparaison rapide des différents symptômes dans différents milieux.
- Les cases qui identifient les symptômes cotés comme présents «souvent» ou «très souvent» se retrouvent dans des colonnes teintées, permettant une identification rapide de groupes de symptômes problématiques.
- Les items sont exprimés en langage de tous les jours pour une utilisation plus facile.
- Le choix d'items vise identifier avec une bonne sensibilité les troubles comorbides et mais aussi aider à différencier les symptômes distincts d'un certain diagnostic de ceux présent dans un problème associé.
- La liste des items sur le Weiss Symptom Record est basée sur les critères du DSM-IV.¹

Calcul des points

Ceci n'est pas un instrument psychométrique validé, mais sert comme outil clinique pour les critères du DSM-IV concernant divers troubles. Les critères du DSM-IV pour le diagnostic de chaque trouble sont énumérés dans la colonne intitulée «Diagnostic». Les réponses devraient être cotées ainsi: Non = 0, À l'occasion = 1, Moyennement = 2, Beaucoup = 3.

Information sur les droits d'auteur

© Cette échelle est la propriété de Margaret Danielle Weiss, MD, Ph.D., de l'Université de la Colombie-Britannique. 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'auteure. 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.

¹Les critères du DSM-IV furent utilisés dans le développement de cette échelle, avec permission du American Psychiatric Press.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Weiss Symptom Record (WSR) (version française - non validée)

<i>Consignes au répondant: Cochez la case qui s'applique le mieux au comportement décrit. Consignes au médecin: les symptômes notés 2 ou 3 sont positifs et calculez le total.</i>	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	# items notés 2 ou 3 (Critères DSM)
TDH COMBINÉ 314.01						≥6/9 IA & HI
INATTENTION 314.00						
Commet des erreurs d'inattention						
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes						
Ne semble pas écouter quand on lui parle						
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche						
Est désorganisé dans ses tâches et activités						
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)						
Perd des choses						
Est facilement distrait						
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours						/9 (≥6/9)
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01						
S'agite ou bouge sur son siège						
A de la difficulté à rester en place ou assis						
A la bougeotte						
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes						
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»						
Parle trop						
Répond avant la fin de la question						
A de la misère à attendre son tour						
A tendance à interrompre ou à déranger les autres						/9 (≥6/9)
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81						
Perd le contrôle de ses humeurs						
Argumente avec les adultes						
Est défiant ou refuse de suivre les consignes						
Embête les autres délibérément						
Blâme les autres plutôt que lui-même						
Est susceptible						
Est colérique ou rancunier						
Est méchant ou cherche à se venger						/8 (≥4/8)

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TICS 307.2						SÉVÉRITÉ
Mouvements involontaires répétés (clignement des yeux, contraction musculaire)						
Sons involontaires répétitifs (raclement de la gorge, reniflement)						
TROUBLE DES CONDUITES 312.8						
Intimide ou menace les autres						
Débute des altercations physiques						
A utilisé une arme (bâton, brique, bouteille, couteau, fusil)						
Est cruel envers les personnes						
Est cruel envers les animaux						
A volé la personne qu'il confrontait						
A forcé une personne à une activité sexuelle						
Met le feu avec l'intention de causer des dommages						
Détruit les biens des autres						
S'est introduit dans une maison, un immeuble ou une auto						
Ment pour obtenir ce qu'il veut ou éviter des responsabilités						
Vole des biens sans valeur et sans confronter la victime						
Ne rentre pas le soir malgré couvre-feu						
A fugué la nuit au moins à deux reprises						
S'absente de l'école ou du travail						/15(≥3/15)
ANXIÉTÉ						
Se tracasse concernant la santé, les êtres aimés, les catastrophes						300.02
Incapable de relaxer, est nerveux						300.81
Se plaint de douleurs chroniques inexplicables						300.3
Ne peut se départir de pensées étranges						
Fait la même chose plusieurs fois de suite						300.01
Attaques de panique soudaines avec anxiété intense						300.23
Extrêmement timide						
Refuse de faire des choses devant les autres						309.21
Refuse d'aller à l'école, au travail ou de se séparer des autres						300.29
Peurs irrationnelles qui interfèrent avec activités						312.39
Tire ses cheveux, sourcils						
Ronge ses ongles						
Refuse de parler en public, mais parle à la maison						mutisme
DÉPRESSION 296.2(simple) .3(récurrente)						
Se sent triste, malheureux ou dépressif	Oui		Non			Doit être présent
A perdu l'intérêt, est démotivé	Oui		Non			Doit être présent
Se sent sans valeur						
A moins d'énergie et est moins productif						
Est sans espoir et pessimiste envers le futur						
Sentiment de culpabilité excessif ou auto-accusation exagérée						
A des pensées d'automatation ou de suicide						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
DÉPRESSION (suite)						SÉVÉRITÉ
Retrait social						
Perte ou gain de poids significatif						
A un changement dans son sommeil						≥5/9>2sem
Agité ou léthargique, ralenti						
Présente un changement dans sa concentration						
Tentatives de suicide	#		Sérieux			
MANIE 296.0(maniaque) .6(mixtes) .5(dépressif)222						
A des variations importantes d'humeur		Oui	Non		Doit être présent	
Augmentation soudaine de l'estime de soi						
Baisse du besoin de sommeil						
Pensées rapides						
Parle trop et discours semble fait sous pression						
Augmentation soudaine de motivation, agité						≥3 > 1 sem
Activités à haut risque (dépense beaucoup, promiscuité)						/3 (≥3)
HABILETÉS SOCIALES 299						
Ne maintient pas de contact visuel ou utilise un langage corporel étrange						
A de la misère à se faire des amis						
Difficulté à partager spontanément les émotions positives						
A de la misère à se connecter au plan émotif						
Retard de langage ou absence de communication linguistique						
A des problèmes de communication						
Parle d'une voix bizarre (sans tonalité ou monotone)						
Sa pensée est concrète, son abstraction est pauvre						
Idées fixes intenses dans un champ d'intérêt						
Routines ou rituels rigides même si non fonctionnels						
Préoccupé par des objets ou des parties d'objet						
Maniérismes moteurs répétitifs (claquement des mains, tourner en rond)						
PSYCHOSE 295						
A des idées bizarres, désorganisées						
Entend des voix ou voit des choses qui ne sont pas là						
Convaincu que les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal						
Croit qu'il peut lire dans les pensées ou vice versa						
A l'impression que la télévision parle spécifiquement de lui						
A une idée fixe en dehors de la réalité						
Ses idées s'entremêlent de façon illogique						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
ABUS DE SUBSTANCE						SÉVÉRITÉ
Prend de l'alcool en excès (>2 verres/jr, >4 verres à la fois)						
Fume la cigarette						
Utilise quotidiennement de la marijuana						
Utilise d'autres drogues						
Fait abus de médicaments sous prescription						
TROUBLE DU SOMMEIL 307.4						
Agité ou léthargique, au ralenti						
A de la misère à s'endormir						
A de la misère à rester endormi						
A un profil de sommeil anormal pendant le jour						
S'endort sans avertissement de jour						
Fait du somnambulisme						
Fait des cauchemars						
S'endort tard et se réveille tard						
Changements quotidiens d'horaire de sommeil						
Ronflement excessif						
Sentiment de jambes sans repos tout en essayant de s'endormir						
Donne des coups de pied brusques pendant le sommeil						
A de la difficulté à respirer pendant le sommeil						
TROUBLE D'ÉLIMINATION						
Ne peut contrôler sa miction pendant la nuit (urine dans le lit)						
Ne peut contrôler sa miction pendant le jour (dans ses vêtements)						
A de l'incontinence, salit ses sous-vêtements						
TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES 307						
Vomit après les repas ou mange par excès						
Sous son poids santé et refuse de manger						
A une image déformée de son corps						
Est difficile/capricieux pour la nourriture						
Mange beaucoup de malbouffe						
TROUBLE D'APPRENTISSAGE 315						
Retard de langage expressif						
Bégaiement						
A de la difficulté à articuler						
Performe sous la moyenne en lecture						
Performe sous la moyenne en mathématiques						
A de la difficulté à écrire (malpropre, évite d'écrire)						
Performance scolaire variable						
Performe sous son potentiel à l'école						

	Non (0)	À l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A	Diagnostics
TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION						SÉVÉRITÉ
Difficulté avec la motricité globale (par ex. gym, sports, bicyclette)						
Est maladroit						
Difficulté avec la motricité fine (boutons, lacets, couper)						
PERSONNALITÉ						
Difficulté à maintenir des relations interpersonnelles						
Peur de l'abandon						
Idées suicidaires récurrentes ou tentatives de suicide						
Colères intenses						
Changements majeurs d'humeur						
Comportement autodestructeur ou s'inflige des blessures						
A une image de soi ou identité fragile						
Se sent vide à l'intérieur						
Réagit au stress par dissociation ou paranoïa transitoire						/9 (≥5/9)
Est centré sur lui-même, impression que «tout lui est dû»						301.81
Trompeur, agressif ou absence de remords						301.7
COMMENTAIRES:						

TDAH = Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité; IA = sous-type inattention prédominant; HI = sous-type hyperactivité-impulsivité prédominant; TP limite = Trouble de personnalité limite; TPN = trouble de personnalité narcissique; TPAS = Trouble de personnalité antisociale.

Réimprimé avec la permission du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, (Copyright 2000). American Psychiatric Association.

© Cette échelle est la propriété de Margaret Danielle Weiss, MD, Ph.D., de l'Université de la Colombie-Britannique. 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'auteure. 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.

Inventaire des symptômes du TDAH – directives

Directives pour le calcul des points

L'inventaire des symptômes du TDAH est une liste des neuf items du DSM-IV sur l'inattention et des neuf items du DSM-IV sur l'hyperactivité/impulsivité. Les items d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité sont regroupés ensemble afin que le médecin puisse différencier facilement quel domaine est atteint. Le nombre d'items notés (2) ou (3) dans chaque domaine indique que ces domaines sont cliniquement problématiques. Il faut additionner les items d'atteinte significative pour déterminer si le patient a atteint le seuil indiqué dans cette section (par exemple l'inattention > 6/9). Si le médecin se questionne si le TDAH est une possibilité diagnostique, cet inventaire peut être complété par le patient avant de procéder à l'évaluation, dans la salle d'attente par exemple.

Comparaison à d'autres échelles

Les items sont presque identiques à ceux du SNAP-IV, à l'exception de la suppression la mention de «souvent» dans le descriptif et des cotes de fréquence «parfois», «souvent» ou «très souvent». Les items ont été écrits de façon suffisamment «générique» pour être adaptés à tous les groupes d'âge et pour que le document puisse être complété par toute individu et autant pour le passé que pour le présent. La corrélation entre les inventaires du DSM-IV est très élevée (> 0.8). Par conséquent, si un médecin souhaite utiliser un autre outil d'évaluation basé sur les symptômes du TDAH tel que décrits dans le DSM IV, le nombre d'items positifs pourra aussi être inscrit dans la page correspondante du document d'évaluation proposé par CADDRA tout en précisant quel est le questionnaire utilisé.

Si seulement TDAH

Les items sur l'inventaire des symptômes du TDAH sont identiques aux items d'inattention, d'hyperactivité et d'opposition retrouvés dans la première section du questionnaire Weiss Symptom Record (WSR). Il en est ainsi afin que le WSR puisse servir comme instrument de mesure base (administré à la première évaluation), et que, dans les cas où le trouble primaire est le TDAH, les évaluations de suivi pourront être faites en utilisant tout simplement l'inventaire des symptômes du TDAH, permettant ainsi de comparer les résultats et suivre l'évolution.

L'inventaire des symptômes du TDAH complété par d'autres personnes

L'inventaire des symptômes du TDAH peut également être utilisé pour déterminer la présence de TDAH dans l'enfance chez les adultes atteints de TDAH. Il peut être complété par le patient ou par toute autre personne détenant des informations sur l'historique du patient.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Évaluation rétrospective des symptômes dans l'enfance Symptômes actuels
Médication actuelle: _____

L'INVENTAIRE DES SYMPTÔMES DU TDAH

<i>Symptômes: Indiquer la case appropriée</i>	Non (0)	à l'occasion (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	Diagnostics
ATTENTION 314.00 (≥6/9)	SÉVÉRITÉ				TOTAL
Commet des erreurs d'inattention					
A de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes					
Ne semble pas écouter quand on lui parle					
A de la difficulté à suivre les instructions et à terminer la tâche					
Est désorganisé dans ses tâches et activités					
Attend à la dernière minute et évite de faire les tâches nécessitant un effort mental soutenu (ennuyantes)					
Perd des choses					
Est facilement distrait					_/9
A tendance à oublier dans la vie de tous les jours					≥6/9
HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ 314.01(≥6/9)					
S'agite ou bouge sur son siège					
A de la difficulté à rester en place ou assis					
A la bougeotte					
A de la misère à rester silencieux dans les activités stimulantes					
Est toujours en action ou comme «poussé par un moteur»					
Parle trop					
Répond avant la fin de la question					
A de la misère à attendre son tour					≥6/9
A tendance à interrompre ou à déranger les autres					_/9
TROUBLE D'OPPOSITION AVEC PROVOCATION 313.81					
Perd le contrôle de ses humeurs					
Argumente avec les adultes					
Est défiant ou refuse de suivre les consignes					
Embête les autres délibérément					
Blâme les autres plutôt que lui-même					
Est susceptible					
Est colérique ou rancunier					≥4/8
Est méchant ou cherche à se venger					_/8
Commentaires					

SNAP-IV 26 RATING SCALE: DIRECTIVES DE NOTATION (version française - non validée)

L'échelle d'évaluation SNAP-IV reprend le questionnaire «Swanson, Nolan and Pelham» (SNAP) (Swanson et al. 1983). Cette échelle comprend les critères du DSM-IV (1994) du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les deux sous-ensembles de symptômes suivants: inattention (questions 1 à 9) et hyperactivité/impulsivité (questions 10 à 18). Elle comprend également les critères du DMS-IV du trouble oppositionnel avec provocation (questions 19 à 26), étant donné que les enfants atteints due TDAH souffrent souvent de ce trouble.

L'évaluation SNAP-IV s'effectue sur une échelle de 0 à 3: Jamais = 0, Parfois = 1, Souvent = 2 et Tres souvent = 3. On calcule les scores de la sous-échelle de l'évaluation SNAP-IV en additionnant les scores des questions du sous-ensemble et en divisant le total par le nombre de questions, tel qu'illustré dans le sous-ensemble TDAH-Inattention:

	Jamais (0)	Parfois (1)	Souvent (2)	Très souvent (3)	Score
1. Fait des fautes d'étourderie			*		2
2. A de la difficulté à soutenir son attention				*	3
3. N'écoute pas				*	3
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires			*		2
5. Est désorganisé		*			1
6. Ne réussit pas à se concentrer				*	3
7. Perd ses affaires		*			1
8. Se laisse distraire				*	3
9. A des oublis	*				0

Total TDAH-Inattention = 18

Moyenne = 18/9 = 2.0

TDAH-Inattention	TDAH-Hyperactifé /Impusivité	Trouble oppositionnel avec provocation
#1	#10	#19
#2	#11	#20
#3	#12	#21
#4	#13	#22
#5	#14	#23
#6	#15	#24
#7	#16	#25
#8	#17	#26
#9	#18	
Total	Total	Total
Moyenne	Moyenne	Moyenne

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

SNAP-IV 26 - ÉCHELLE D'ÉVALUATION POUR LE PARENT/PROFESSEUR (version française – non validée)

Nom: _____ Sexe: _____ Age: _____

Niveau scolaire: _____ Origine ethnique: Africaine Asiatique Caucasien Hispanique Autre: _____

Complété par: _____ Type de classe: _____ Taille de la classe: _____

<i>Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant:</i>	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires				
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux				
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement				
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires				
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités				
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu				
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex., devoirs de classe, stylos ou livres)				
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes				
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne				
10. Agite souvent les mains ou les pieds				
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis				
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié				
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs				
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts				
15. Parle souvent trop				
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée				
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour				
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex: intervient dans les conversations ou dans les jeux)				
19. Se met souvent en colère				
20. Contesté souvent ce que disent les adultes				
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes				
22. Contrarie souvent les autres délibérément				
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite				
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment				
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)				

ADULT SELF-REPORT SCALE (ASRS-V1.1) AUTO-QUESTIONNAIRE: INSTRUCTIONS (version française - non validée)

Description:

L'auto-questionnaire ASRS est un instrument qui comprend la liste des 18 critères du TDAH selon le DSM-IV-TR. Six des 18 questions ont été jugées comme étant les symptômes les plus prédictifs en lien avec le TDAH. Ces six questions ont été regroupées pour former l'outil utilisé comme dépisteur ASRS-V1.1 et sont également la partie A de la liste complète des symptômes, la partie B de la liste contenant les 12 autres questions.

Instructions:

Symptômes:

1. Demandez au patient de compléter la partie A et B de la liste des symptômes et marquez d'un «X» la case qui représente de plus près la fréquence de chacun des symptômes.
2. Évaluez la partie A. Si 4 cases ou plus sont cochées dans les cases «souvent» ou «très souvent», le patient présente des symptômes hautement «consistants» avec le TDAH chez les adultes, et une évaluation plus approfondie est nécessaire.
3. Les pointages de fréquence dans la partie B offrent des indicateurs additionnels et peuvent offrir une sonde supplémentaire pour investiguer les symptômes du patient. Portez une attention particulière aux cases cochées «souvent» ou «très souvent». Remarquez que certaines questions ont des scores de sensibilité (en gris) plus sensibles à basse fréquence que d'autres items. Aucun pointage total ou probabilité de diagnostic ne sont utilisés pour les 12 questions. Il a été noté que les six questions de la partie A sont les plus prédictives du TDAH, et sont celles qui permettent un meilleur dépistage. Attachez une attention particulière aux crois figurant dans la zone ombrée.

Niveau d'atteinte fonctionnelle ou handicaps:

1. Évaluez la liste des symptômes avec vos patients et évaluez le niveau d'atteinte fonctionnelle ou handicaps associé aux symptômes.
2. Considérez toutes les sphères de vie telles l'école, le travail, la vie sociale et familiale.
3. La fréquence des symptômes est souvent associée à la sévérité des symptômes, la liste des symptômes ASRS peut aussi aider à explorer évaluer les atteintes dans le fonctionnement. Si votre patient a de fréquents symptômes, vous pourriez lui demander comment ces symptômes ont affecté son habilité à travailler, à s'occuper de travaux à domicile, ou à s'entendre avec sa famille/époux/épouse par exemple.

Historique:

1. Évaluez la présence de ces symptômes ou de symptômes similaires lors de l'enfance. Les adultes TDAH n'ont pas nécessairement été diagnostiqués à l'enfance. En évaluant l'histoire personnelle du patient, notez la présence et la persistance de problèmes avec l'attention ou le contrôle de soi-même. Certains symptômes significatifs devraient être présents et identifiable au long cours, mais une symptomatologie complète dans l'enfance n'est pas nécessaire pour porter un diagnostic de TDAH.

1. Schweitzer, JB, Cummins, TK, Kant, CA. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Med Clin North Am.* 2001;85(3):10-11:757-777.

2. Barkley, RA. Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.). 1998.

3. Biederman, J, Faraone, SV, Spencer, T, Wilens, T, Norman, D, Lapey, KA et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with ADHD. *Am J Psychiatry.* 1993;150:1792-1798.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision). Washington, DC. 2000:85-93.

Traduction française pour fins d'études cliniques par Martin Lafleur, Ph.D. Service de psychologie, Centre Hospitalier Robert Giffard, Institut universitaire en santé mentale, Québec, (Qc), Canada, 2006. La version anglaise de ce test (ADHD-ASRS Screener v.1.1) est protégée par le droit d'auteur de l'Organisation mondiale de la Santé (2003) et est disponible sur le site web www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

ADULT ADHD SELF-REPORT SCALE (ASRS-V1.1) SYMPTOM CHECKLIST (version française - non validée)

<i>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-évaluation dûment remplie à votre professionnel de la santé pour en discuter avec lui lors du rendez-vous.</i>	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Partie A					
1. 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?					
2. 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?					
3. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?					
4. 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?					
5. 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?					
6. 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					
7. À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des fautes d'étourderie lorsque vous travaillez à un projet ennuyeux ou difficile?					
8. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif?					
9. 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?					
10. 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?					
11. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être distrait par l'activité ou le bruit autour de vous?					
12. À quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter votre siège pendant des réunions ou d'autres situations où vous devriez rester assis?					
13. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous tenir tranquille?					
14. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous détendre et à vous reposer dans vos temps libres?					
15. À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler de façon excessive à l'occasion de rencontres sociales?					
16. 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?					
17. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à attendre votre tour lorsque vous devriez le faire?					
18. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'interrompre les gens lorsqu'ils sont occupés?					

WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE (WFIRS) DIRECTIVES

(version française – non validée)

Objectif

- Les symptômes du TDAH et les atteintes fonctionnelles se chevauchent, mais sont des concepts distincts. Il est important de les mesurer en même temps, car certaines personnes peuvent être très symptomatiques sans avoir une atteinte fonctionnelle significative ou vice versa.
- Cette échelle contient les éléments qui sont les plus susceptibles de représenter la cible du traitement du patient. Par conséquent, l'utilisation de cette échelle avant et après le traitement peut permettre au médecin de déterminer non seulement si le TDAH s'est amélioré, mais si l'impact des difficultés fonctionnelles est également réduit.
- Cet instrument a été traduit en 18 langues. Il a été utilisé dans de nombreuses études. Ses propriétés psychométriques sont démontrées et validées. C'est actuellement le seul outil qui permet de mesurer l'impact fonctionnel en évaluant des domaines spécifiques et qui a été validée chez les personnes atteintes de TDAH.

Conception et validation de l'information

Calcul des points Cet instrument utilise l'échelle de Likert de telle sorte que tout item noté 2 ou 3 représente cliniquement une atteinte fonctionnelle. Le degré d'atteinte fonctionnelle peut être calculé en utilisant le résultat total ou en créant une moyenne pour chaque domaine (diviser le résultat total par nombre d'items, en omettant ceux qui sont notés comme «ne s'appliquant pas»). Dans un contexte clinique, pour déterminer s'il y a une atteinte fonctionnelle selon le DSM-IV, les médecins peuvent considérer que n'importe quel domaine évalué sera considéré comme représentant une atteinte fonctionnelle si le questionnaire en lien avec ce domaine comprend au moins deux items notés 2, un item noté 3 ou une moyenne supérieure à 1,5.

Validation L'échelle a été psychométriquement validée avec une cohérence interne de > 0.8 pour chaque domaine et pour l'échelle à titre d'ensemble. Elle a une validité convergente modérée (0,6) avec d'autres évaluations de fonctionnement (soit Columbia Impairment Scale and the Global Assessment of Functioning (GAF)). Elle a une validité discriminante modérée (0,4) des symptômes de prétraitement (soit ADHD-Rating Scale) et de la qualité de la vie (CHIP). Les domaines ont été confirmés par une analyse factorielle, bien que le domaine du fonctionnement à l'école se divise en deux, soit l'apprentissage et le comportement. L'échelle est très sensible au changement associés au traitement et, en particulier, a une corrélation significative avec tout changement des symptômes du TDAH (40%) et de la psychopathologie générale. Chaque point principal sur l'échelle de Likert représente environ un écart-type (ET). Un résultat de changement total de 13 devrait être considéré comme une amélioration significative ou environ la moitié d'un ET. Le changement obtenu dans le traitement est habituellement considéré comme un ET complet. La moyenne des résultats des comportements à risque chez les enfants est de 0,5, mais augmente avec l'âge. Pour les adolescents, la moyenne des résultats est de 1.

Information sur les droits d'auteur

© Cette échelle est la propriété de Margaret Danielle Weiss, MD, Ph.D., de l'Université de la Colombie-Britannique. 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'auteure. 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.

Margaret D Weiss MD PhD FRCP(C)

Clinic Head, Provincial ADHD Program, Clinical Professor, University of British Columbia
Box 178, 4500 Oak St. Department of Psychiatry
Children's and Women's Health Centre, Room P-229
Telephone: 604 875 2738 Fax: 604 875 2099
Email: mweiss@cw.bc.ca

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

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

(version française – non validée)

Travail: Temps plein Temps partiel Autre: _____ **Études:** Temps plein Temps partiel

Directives: Encercler 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	n/a
A.	FAMILLE					
1.	Nuisent aux relations avec les membres de votre famille	0	1	2	3	n/a
2.	Caused des problèmes dans votre couple	0	1	2	3	n/a
3.	Font que vous comptez sur les autres afin qu'ils fassent des choses à votre place	0	1	2	3	n/a
4.	Caused des querelles familiales	0	1	2	3	n/a
5.	Empêchent la famille de s'amuser ensemble	0	1	2	3	n/a
6.	Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille	0	1	2	3	n/a
7.	Caused des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille	0	1	2	3	n/a
8.	Empêchent de rester calme ou d'éviter de vous fâcher	0	1	2	3	n/a
B.	TRAVAIL					
1.	Difficulté à effectuer ce qui est demandé	0	1	2	3	n/a
2.	Rendement de travail affecté	0	1	2	3	n/a
3.	Problèmes avec votre supérieur(e)	0	1	2	3	n/a
4.	Difficulté à maintenir un emploi	0	1	2	3	n/a
5.	Congédiement ou perte d'emploi	0	1	2	3	n/a
6.	Difficulté à travailler en groupe	0	1	2	3	n/a
7.	Manque du travail, absentéisme	0	1	2	3	n/a
8.	Arrive en retard, retardataire	0	1	2	3	n/a
9.	Difficulté à entreprendre de nouvelles tâches	0	1	2	3	n/a
10.	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	0	1	2	3	n/a
11.	Faibles évaluations de rendement	0	1	2	3	n/a
C.	ÉCOLE					
1.	Difficulté à prendre des notes	0	1	2	3	n/a
2.	Difficulté à compléter vos devoirs ou projets	0	1	2	3	n/a
3.	Difficulté à effectuer adéquatement vos travaux	0	1	2	3	n/a
4.	Problèmes avec votre enseignant(e)	0	1	2	3	n/a
5.	Problèmes avec le personnel administratif	0	1	2	3	n/a
6.	Difficulté à maintenir le minimum des pré-requis scolaires	0	1	2	3	n/a
7.	Ne se présente pas à ses cours, absentéisme	0	1	2	3	n/a
8.	Arrive en retard, retardataire	0	1	2	3	n/a
9.	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	0	1	2	3	n/a
10.	Résultats scolaires instables	0	1	2	3	n/a
D.	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	0	1	2	3	n/a
3.	Difficulté à se préparer à temps pour quitter la maison le matin	0	1	2	3	n/a
4.	Difficulté à se préparer au coucher	0	1	2	3	n/a
5.	Problèmes de nutrition	0	1	2	3	n/a

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
6.	Problèmes sexuels	0	1	2	3	n/a
7.	Troubles du sommeil	0	1	2	3	n/a
8.	Accident ou blessure	0	1	2	3	n/a
9.	Inactivité physique	0	1	2	3	n/a
10.	Difficulté à respecter rendez-vous réguliers chez le médecin ou le dentiste	0	1	2	3	n/a
11.	Difficulté avec les tâches ménagères	0	1	2	3	n/a
12.	Difficulté à gérer vos finances	0	1	2	3	n/a
E. CONCEPT DE SOI						
1.	Mauvaise perception de vous-mêmes	0	1	2	3	n/a
2.	Frustré(e) face à vous-même	0	1	2	3	n/a
3.	Sentiment de découragement	0	1	2	3	n/a
4.	Insatisfait(e) de votre vie	0	1	2	3	n/a
5.	Impression d'être incompetent(e)	0	1	2	3	n/a
F. FONCTIONNEMENT SOCIAL						
1.	Vous argumentez avec les autres	0	1	2	3	n/a
2.	Difficulté de coopérer avec les autres	0	1	2	3	n/a
3.	Difficulté à vous entendre avec les autres	0	1	2	3	n/a
4.	Difficulté à vous amuser/avoir du plaisir avec les autres	0	1	2	3	n/a
5.	Difficulté à avoir des activités de loisirs	0	1	2	3	n/a
6.	Difficulté à vous faire de nouveaux amis	0	1	2	3	n/a
7.	Difficulté à maintenir vos relations d'amitié	0	1	2	3	n/a
8.	Vous tenez des propos inappropriés	0	1	2	3	n/a
9.	Plaintes des voisins	0	1	2	3	n/a
G. COMPORTEMENTS À RISQUE						
1.	Conduite automobile agressive	0	1	2	3	n/a
2.	Faire autre chose tout en conduisant	0	1	2	3	n/a
3.	Rages au volant	0	1	2	3	n/a
4.	Détruire ou endommager des biens	0	1	2	3	n/a
5.	Poser des gestes illicites	0	1	2	3	n/a
6.	Ennuis avec la police	0	1	2	3	n/a
7.	Cigarette	0	1	2	3	n/a
8.	Marijuana	0	1	2	3	n/a
9.	Consommation d'alcool	0	1	2	3	n/a
10.	Consommation de drogues illicites	0	1	2	3	n/a
11.	Relations sexuelles non protégées (condom, pilule contraceptive)	0	1	2	3	n/a
12.	Comportement sexuel inapproprié	0	1	2	3	n/a
13.	Être agressif(ve) physiquement	0	1	2	3	n/a
14.	Être agressif(ve) verbalement	0	1	2	3	n/a

COTATION:

1. Le nombre total d'items identifiés 2 ou 3
ou
2. Points totaux
ou
3. Points moyens

RÉSERVÉ À L'EXAMINATEUR

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| 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., de l'Université de la Colombie-Britannique. 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'auteure. 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.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

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	Tres souvent ou beaucoup	n/a
A	FAMILLE					
1	Nuisent aux relations avec ses frères et soeurs	0	1	2	3	n/a
2	Causent 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	Causent 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	Causent 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	Causent 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 retenues 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

		Jamais ou pas du tout	Quelquefois ou un peu	Souvent ou moyennement	Tres 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 rudoie 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:

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

RÉSERVÉ À L'EXAMINATEUR

A. Famille	<input type="text"/>
B. École (apprentissage et comportement)	<input type="text"/>
C. Aptitudes à la vie quotidienne	<input type="text"/>
D. Concept de soi (Enfant)	<input type="text"/>
E. Fonctionnement social	<input type="text"/>
F. Comportements à risque	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>

© Cette échelle est la propriété de Margaret Danielle Weiss, MD, Ph.D., de l'Université de la Colombie-Britannique. 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'auteure. 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.



Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant

Adapté du Teacher Telephone Interview du Dr Rosemary Tannock et reproduit à des fins cliniques seulement avec la permission du Programme provincial sur le TDAH de la Colombie-Britannique

Nom de l'étudiant: _____	Âge: _____	Sexe: _____
École: _____	Niveau: _____	

Nom de la personne qui a complété ce formulaire: _____ Complété le: _____

Depuis quand connaissez-vous l'étudiant: _____ Nombre d'heures avec l'étudiant par jour: _____

Type de classe: _____ Edu. spécialisée: Oui Non Hrs par semaine: _____

Statut pédagogique de l'étudiant: _____ Aucun

Est-ce que l'enfant a actuellement un plan d'intervention à l'école?: Oui Non

RENDEMENT SCOLAIRE	Sous niveau scolaire	Très peu sous niveau scolaire	Même niveau scolaire	Un peu au-dessus	Bien au-dessus	Ne s'applique pas
LECTURE						
a) Décodage						
b) Compréhension						
c) Maîtrise						
ÉCRITURE						
d) Écriture (manuscrite)						
e) Orthographe						
f) Syntaxe (phrase écrite)						
g) Composition (texte)						
MATHÉMATIQUES						
h) Calcul (précision)						
i) Calcul (maîtrise)						
j) Raisonnement						
PERFORMANCE COMPORTEMENTALE EN CLASSE	Pauvre	Sous la moyenne	Moyenne	Au-dessus de la moyenne	Supérieure	Ne s'applique pas
Suit instructions/directives						
Sens de l'organisation						
Termine devoirs/projets						
Relations avec ses pairs						
Comportement en classe						

Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant

Forces: Quelles sont les plus grandes forces de l'étudiant? _____

Plan d'intervention à l'école: Si l'enfant a un plan d'intervention, quelles sont les recommandations principales? Sont-elles efficaces?

Accommodements: Quels accommodements sont utilisés pour aider l'étudiant en classe? Sont-ils efficaces? _____

Directives données à toute la classe: Comment l'étudiant gère-t-il/elle les directives données à un grand groupe? Suit-il/elle bien les directives? Peut-il/elle attendre son tour pour répondre? Se démarque-t-il/elle des ses pairs de même sexe? Si oui, de quelle façon?

Travail individuel assis: Comment l'étudiant gère-t-il/elle son attention et son comportement pendant la période des projets individuels en classe? Les projets sont-ils généralement complétés? Se démarque-t-il/elle des ses pairs de même sexe? Si oui, de quelle façon?

Transitions – Comment l'étudiant gère-t-il/elle les transitions telles que sortir et rentrer de la récréation, changer de classes ou d'activités? Suit-il/elle bien les routines? Combien de supervision ou de rappels a-t-il/elle besoin? _____

Interactions sociales – Comment l'étudiant s'entend-il/elle avec les autres? Est-ce que d'autres veulent jouer avec il/elle? Commence-t-il/elle avec succès à jouer? _____

Conflit et agression – Est-il/elle souvent en conflit avec des adultes ou ses pairs? Comment résout-il/elle des arguments? Est-ce un étudiant agressif verbalement ou physiquement? Est-il/elle la cible d'agressions verbales ou physiques par des pairs? _____

Habilités scolaires – Nous aimerions connaître les habiletés générales et celles scolaires de l'étudiant. Est-ce que l'étudiant semble apprendre au même niveau (vitesse) que les autres? Est-ce que l'étudiant semble avoir des difficultés spécifiques d'apprentissage?

Habilités d'autonomie personnelle, indépendance, résolution de problèmes, activités quotidiennes: _____

Motricité (globale/fine): L'étudiant a-t-il/elle des difficultés avec des activités d'éducation physique, les sports, l'écriture? Si oui, veuillez fournir des détails: _____

Expression écrite: L'étudiant a-t-il/elle des difficultés à écrire ce qu'il/elle pense? Si oui, veuillez fournir des détails: _____

Préoccupation principale: Quelles sont vos principales préoccupations/inquiétudes pour l'étudiant? Depuis combien de temps est-ce une préoccupation pour vous? _____

Impact sur l'enfant: Jusqu'à quel degré ses difficultés dérangent-elles l'étudiant? Ou vous et les autres étudiants? _____

Impact en classe: Est-ce qu'il vous en est plus difficile d'enseigner aux autres étudiants de la classe? _____

Médicaments: Si l'étudiant est sous médication, avez-vous des commentaires à faire sur les différences observées lorsqu'il/elle est sous médication et lorsqu'il/elle est sans médication? _____

Collaboration des parents: Quelle a été la participation des parents? _____

L'apprentissage de l'étudiant est-il/elle affecté par des problèmes d'attention et/ou d'hyperactivité? Qu'en est-il de ses relations avec ses pairs? _____

Est-ce que l'étudiant a eu des difficultés particulières avec ses devoirs ou la remise de projets? _____

Avez-vous des commentaires à ajouter? N'hésitez pas à contacter avec nous si vous en ressentez le besoin lors de cette évaluation. _____

Nom du patient: _____
 Date de naissance: _____ No de dossier: _____
 Nom du médecin: _____ Date: _____

Formulaire CADDRA du médecin pour le suivi du TDAH

Nom du patient: _____		Date de naissance: _____		Date de l'examen: _____			
Autre personne présente durant l'examen: _____							
Médecin:			Autre(s) thérapeute(s) impliqué(s):				
Médicaments actuels:		Dose & fréquence	Effets thérapeutiques		Effets secondaires		
Adhésion au traitement (prise de médicaments telle que prescrite) <input type="checkbox"/> TOTALE <input type="checkbox"/> PARTIELLE (doses manquées, n'a pas respecté la prescription) <input type="checkbox"/> AUCUNE (arrêté la prise de médicaments pour au moins 1 sem)							
Développement depuis le dernier rendez-vous:							
Poids:	Taille:	BP:	Pouls:	Observations:			
Opinion:							
Diagnostic psychiatrique: <input type="checkbox"/> TDAH, Combiné <input type="checkbox"/> TDAH, Inattention <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité <input type="checkbox"/> Trouble des conduites <input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété <input type="checkbox"/> Trouble du langage <input type="checkbox"/> Trouble d'opposition avec provocation <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage <input type="checkbox"/> Tics <input type="checkbox"/> Retard mental <input type="checkbox"/> Autre							
Diagnostic médical (anomalies physiques): <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Extrême							
Sévérité de la difficulté <input type="checkbox"/> Grande amélioration		<input type="checkbox"/> Limite <input type="checkbox"/> Nette amélioration	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Faible amélioration	<input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Aucun changement	<input type="checkbox"/> Prononcée <input type="checkbox"/> Faible détérioration	<input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Détérioration	<input type="checkbox"/> Extrême <input type="checkbox"/> Nette détérioration
Plan de traitement: Médication: <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Baisse <input type="checkbox"/> Augmentation <input type="checkbox"/> Changement							
Psychologique/Autre:							
École/Travail:							
Plan de suivi:							
Signature: _____				Date: _____			
<input type="checkbox"/> Copie envoyée à: _____							

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

FORMULAIRE CADDRA DE SUIVI PHARMACOLOGIQUE

Veillez compléter et apporter lors de votre prochain rendez-vous

Nom du patient: _____ **Date à laquelle le formulaire a été complété:** _____

Personne complétant ce formulaire (si pas le patient): _____ mère père autre

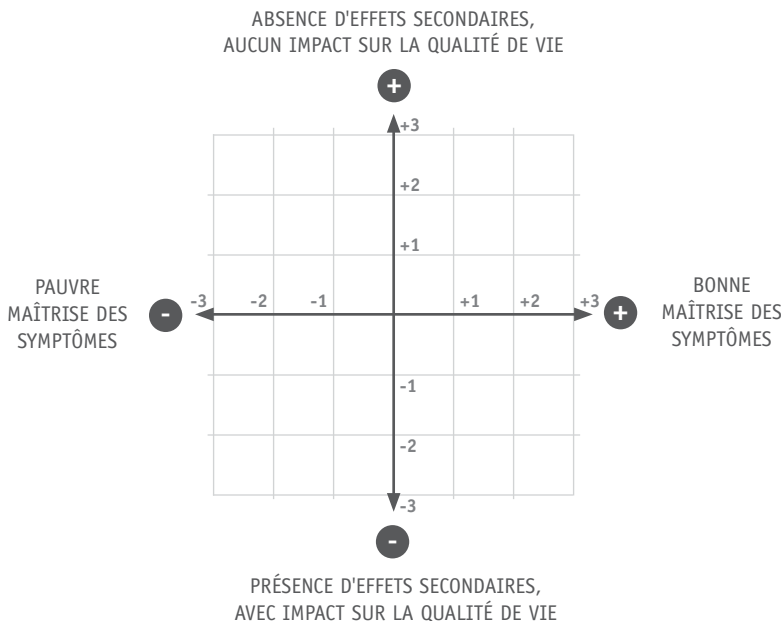
Sous médication depuis (période décidée avec votre médecin): _____ (date)

Liste des médicaments actuels:

- Médication non encore commencée
- Prend sa médication telle que prescrite
- Oublie/saute des doses à l'occasion
- Prend sa médication de façon irrégulière
- A arrêté sa médication

Directives pour utiliser le schéma ci-dessous:

- Mettre un point sur la ligne noire horizontale indiquant le niveau de maîtrise des symptômes actuels entre -3 et +3.
- Mettre un point sur la ligne noire verticale indiquant le niveau actuel de l'impact sur la qualité de vie des effets secondaires entre -3 (impact important) et +3 (pas d'impact).
- Dessiner un X où les points faits sur chaque ligne se réuniront pour montrer l'état actuel du patient.



Commentaire:

Quels changements sont survenus depuis le début de la médication?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas: aucune médication de prise | <input type="checkbox"/> Aucun changement |
| <input type="checkbox"/> Nette amélioration | <input type="checkbox"/> Faible détérioration |
| <input type="checkbox"/> Amélioration | <input type="checkbox"/> Détérioration |
| <input type="checkbox"/> Faible amélioration | <input type="checkbox"/> Nette détérioration |

Veillez indiquer ci-dessous par un X la fréquence des effets secondaires survenus depuis le dernier rendez-vous médical. Veillez contacter votre médecin si les effets secondaires sont significatifs.

EFFETS SECONDAIRES	FRÉQUENCE				Commentaires
	Jamais	À l'occasion	Souvent	Toujours	
Mal de tête					
Peau sèche					
Yeux secs					
Sécheresse buccale					
Soif					
Maux de gorge					
Vertiges					
Nausée					
Maux d'estomac					
Vomissements					
Transpiration					
Perte d'appétit					
Perte de poids					
Gain de poids					
Diarrhée					
Urine fréquemment					
Tics					
Difficultés à dormir					
Changements d'humeur					
Irritabilité					
Agitation/excitation					
Tristesse					
Palpitations cardiaques					
Pression artérielle élevée					
Dysfonction sexuelle					
Se sent pire ou différemment lorsque la médication s'estompe (rebound)					
Autre:					

Points à discuter lors de votre prochain rendez-vous:

TROUSSE D'ÉVALUATION DU TDAH DE CADDRA (CADDRA ADHD ASSESSMENT TOOLKIT) - CAAT - DOCUMENTS

Documents à remettre

Informations générales et ressources du TDAH (CADDRA)	8.39
Instructions pour l'évaluation de l'enfant (CADDRA)	8.43
Instructions pour l'évaluation de l'adolescent (CADDRA)	8.44
Instructions aux enseignants (CADDRA)	8.45
Instructions pour l'évaluation de l'adulte (CADDRA)	8.46

TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)

*Adapté pour CADDRA avec la permission du Dre Annick Vincent, Centre médical l'Hétrière, Clinique FOCUS, Québec.
Disponible à: www.caddra.ca et www.attentiondeficit-info.com*

Description

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est un trouble neurodéveloppemental qui entraîne des difficultés à moduler les idées (inattention), les gestes (bougeotte physique) et les comportements (impulsivité).

Le TDAH touche environ un enfant sur vingt et des études de suivi ont démontré que plus de la moitié des enfants atteints garderont des symptômes significatifs à l'âge adulte. Une récente recherche américaine estime le taux de TDAH à 4% de la population adulte. Ceux-ci restent surtout handicapés par les troubles cognitifs attentionnels (distractibilité, bougeotte des idées), la désorganisation associée (ie : la procrastination : difficulté à commencer puis terminer ses tâches, éparpillement, difficulté avec la notion du temps écoulé) et par l'impulsivité qui leur nuisent autant dans leur travail académique ou professionnel que dans leur vie privée. Parfois, les personnes atteintes présentent aussi une difficulté à moduler l'intensité de leur réponse émotionnelle («à fleur de peau», «hypersensible», «la mèche courte»). Souvent, elles apprennent à composer avec la bougeotte physique et la canalisent dans l'activité physique ou dans leur travail. Certains se «traitent» avec des psychostimulants en vente libre (caféine, nicotine) ou des drogues de rue comme le cannabis ou la cocaïne.

En raison de l'impact des symptômes du TDAH, plusieurs personnes atteintes souffrent aussi d'une faible estime d'elles-mêmes et d'un sentiment de sous-performance chronique.

Les causes

Même si nous ne connaissons la cause exacte du TDAH, la science nous apprend que le TDAH a une composante héréditaire dans la majorité des cas et peut aussi être lié à des traumatismes crâniens, un manque d'oxygène, une maladie neurologique, la prématurité ou une souffrance néonatale due à l'exposition au tabac ou la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Le TDAH est un trouble neurologique. Il n'est pas provoqué par une mauvaise éducation parentale ou par des stresseurs psychologiques, même si avoir un enfant atteint de TDAH peut être très difficile et stressant. Cependant, l'environnement peut en moduler l'expression et l'évolution. Lorsque le TDAH est bien traité, le traitement permet généralement de diminuer les symptômes et d'améliorer le fonctionnement. Les médecins peuvent aussi recommander des accommodements à l'école, au collège ou en milieu de travail, et habiliter le patient et/ou les parents afin qu'ils ne se sentent pas seuls dans la démarche.

Des recherches scientifiques avancent l'hypothèse que certains mécanismes de transmission impliquant des neurotransmetteurs comme la dopamine et la noradrénaline seraient dysfonctionnels. Ceux-ci aident à transporter et moduler les signaux à travers les synapses dans le cerveau. Des études du fonctionnement du cerveau chez les personnes atteintes de TDAH ont mis en évidence un mauvais fonctionnement de zones responsables du contrôle ou de l'inhibition de certains comportements tels qu'entreprendre des tâches; être en mesure d'arrêter les comportements indésirables: comprendre les conséquences, tenir l'information en mémoire durant la tâche et être capable de

planifier pour l'avenir. Il semble que, dans le TDAH, le réseau de transmission de l'information soit défectueux, comme s'il manquait de feux de circulation et de panneaux de signalisation dans le réseau routier.

Pourquoi consulter

Les patients consultent un médecin pour différentes raisons. Si un enfant ou un adolescent connaît des difficultés d'attention ou est hyperactif en classe, les enseignants peuvent rapporter aux parents sur ce qu'ils constatent et recommander une évaluation. L'augmentation d'information sur le TDAH disponible en ligne et par les médias a eu comme conséquence que plus d'adultes consultent leur médecin sur un possible TDAH. Une fois leur enfant diagnostiqué, certains parents se reconnaissent et demandent une évaluation. Quelle que soit la façon dont un patient vient consulter un médecin, la première tâche sera d'explorer ses préoccupations et ses difficultés.

Évaluation

Toute personne qui a de la difficulté à se concentrer ou a la bougeotte n'a pas un TDAH pour autant. La seule façon de le savoir est par une évaluation diagnostique clinique. L'évaluation diagnostique se fait par un entretien avec le patient ou ses parents où les symptômes et les difficultés sont discutés. Les raisons possibles (médicales ou psychiatriques) pour les symptômes autres que le TDAH sont également examinées et étudiées. Le TDAH est diagnostiqué seulement si les symptômes ne sont pas causés par d'autres troubles et s'ils ont un impact fonctionnel

AGENTS DE TROISIÈME INTENTION. Si tel est le cas, le médecin, avec le patient et/ou sa famille, doivent décider si un traitement est nécessaire et, si oui, quel genre. Il est essentiel d'examiner également les conditions et les problèmes associés en vue d'établir un plan de traitement efficace et personnalisé.

Les évaluations psychologiques peuvent aider à évaluer si la personne présente un trouble d'apprentissage et/ou explorer la contribution de troubles sociaux. Cela aide à exclure d'autres diagnostics possibles. Cependant, les tests psychologiques et les échelles d'évaluation ne permettent pas à eux seuls de faire le diagnostic, il faut une évaluation médicale complète. Bien que le TDAH soit un diagnostic médical, il n'y a pas de test spécifique au TDAH et c'est la démarche clinique qui permet d'en confirmer la présence.

Diagnostic

Le traitement du TDAH commence d'abord par la confirmation du diagnostic qui est suivie par une explication sur la façon dont les symptômes de l'enfant, adolescent ou adulte peuvent être expliqués par le diagnostic. Recevoir l'annonce du diagnostic peut être une expérience amère et l'acceptation peut prendre du temps. D'une part, un patient et/ou un parent est aussi souvent soulagé de savoir quel est le problème et, dans le cas des parents, qu'une mauvaise éducation parentale n'en est pas la cause. Cependant, un diagnostic d'une maladie chronique n'est généralement pas perçu comme une bonne nouvelle.

Traitement

Bien que les médicaments puissent améliorer considérablement les symptômes, les médicaments seuls ne suffisent pas. Dans le cas d'un enfant ou d'un adolescent, les parents, l'enfant et l'école doivent travailler ensemble pour comprendre que le diagnostic du TDAH n'est pas «une excuse» et aussi qu'il faudra la mise en œuvre de stratégies d'apprentissage et de nouvelles méthodes d'éducation. Les accommodements en milieu de travail peuvent être nécessaires pour les adultes. L'accès aux ressources, telles que la formation pour les parents ou la thérapie cognitive comportementale (pour les adultes), est de plus en plus disponible à travers le système de la santé publique.

Quand les symptômes du TDAH demeurent handicapants, un traitement pharmacologique peut être offert et un essai thérapeutique devrait être instauré. Il est possible qu'il fasse faire l'essai de plus d'un médicament et de plusieurs dosages nécessaires afin de trouver la solution optimale. Les effets des médicaments doivent être évalués au moins deux fois par an, et la pertinence de ceux-ci revue. Aucune décision de traiter avec des médicaments n'est définitive, cela doit être réévalué selon l'évolution.

Les médicaments pour le TDAH agissent un peu comme une paire de lunettes biologiques permettant d'améliorer la

capacité du cerveau à faire le focus. Ils favorisent une meilleure transmission de l'information.

Différents types de médicaments sont disponibles. Les plus courants et les plus efficaces sont des psychostimulants à base de méthylphénidate ou d'amphétamines. Chacun de ces médicaments est disponible en courte, moyenne ou longue durée d'action. Les effets indésirables les plus fréquents des stimulants sont la perte d'appétit, les troubles du sommeil et le fait de devenir trop calme, triste ou encore irritable lorsque l'effet du médicament disparaît.

Il existe un certain nombre de médicaments non stimulants qui peuvent être utilisés si les stimulants ne sont pas efficaces ou s'ils ont des effets secondaires indésirables. Au Canada, deux types différents de non-stimulants sont indiqués pour le traitement du TDAH (l'atomoxétine et la guanfacine XR). Quelque soit le traitement choisi, votre médecin débutera tout médicament à faible dose, puis la dose est augmentée progressivement jusqu'à ce que le contrôle maximal des symptômes soit obtenu avec le minimum d'effets secondaires. À ce moment, une autre évaluation devrait être effectuée pour décider si des interventions additionnelles sont nécessaires.

S'il y a présence d'un trouble de l'humeur surajouté ou d'un trouble anxieux, celui-ci doit être considéré dans le plan de traitement. Les psychostimulants peuvent aggraver certains troubles anxieux. Plusieurs antidépresseurs agissent sur la noradrénaline ou la dopamine et peuvent aussi aider les symptômes du TDAH. Cependant, peu d'études cliniques ont exploré les effets de ces produits spécifiquement pour le TDAH. En présence d'un TDAH compliqué d'un trouble dépressif ou anxieux, le médecin doit décider quel trouble est le plus handicapant et le traiter en premier.

Les médicaments pour le TDAH ont un taux d'efficacité de 50% à 70%. Bien que généralement bien toléré, tout médicament peut entraîner des effets secondaires. Il est important de discuter au préalable avec votre médecin et votre pharmacien de tout traitement envisagé. Bien que votre médecin puisse vous fournir des informations fondées sur la recherche concernant les différentes options de traitement, la seule façon de déterminer l'impact sur votre enfant ou sur vous-même est de procéder à un essai thérapeutique sous supervision.

Des informations supplémentaires sur les médicaments pour le TDAH sont disponibles sur le site www.attentiondeficit-info.com et sur celui de www.caddac.ca (site en anglais seulement).

Ressources sur le TDAH

Il existe plusieurs ressources sur le TDAH, voici quelques recommandations:

Groupes de soutien

Pour les groupes de soutien dans votre région, consulter le site de CADDAC qui les regroupe par province (www.caddac.ca)

Sites Internet

www.caddra.ca: Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA)

www.caddac.ca: Centre for ADD/ADHD Advocacy, Canada (CADDAC) (site en anglais seulement)

www.attentiondeficit-info.com: Site québécois sur le TDAH par Dre Annick Vincent

www.chadd.org: Children and Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (site en anglais seulement)

www.totallyadd.com: Totally ADD (site en anglais seulement)

DVD canadiens sur le TDAH

- *Portrait du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité* Dre Annick Vincent et la Direction de l'enseignement de l'Institut universitaire en santé mentale (2006) Québec (418-663-5146)
- *ADHD Across The Lifespan* Timothy S. Bilkey, Bilkey Adult ADHD Clinic, Barrie, Ontario; www.bilkeyadhdclinic.com
- *Différents DVD pour patients, parents et enseignants (en anglais seulement)* CADDAC, Toronto: www.caddac.ca

Livres en français

- Bélanger, Stacey et autres (2008). *Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Montréal : CHU Sainte-Justine
- Desjardins, C. (2001). *Ces enfants qui bougent trop ! Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant*. Outremont : Quebecor
- Falardeau G. (1997). *Les enfants hyperactifs et lunatiques*. Montréal : Le Jour
- Gervais, J. (1996). *Le cousin hyperactif*. Terrebonne : Boréal Jeunesse
- Kochman, F. (2003). *Mieux vivre avec... Un enfant hyperactif*, Paris, Arnaud Franel Éditions
- Lafleur, M., Pelletier, M.-F., Vincent, M.-F. et Vincent, A. (2010). *La maîtrise du TDAH chez l'adulte. Un programme de thérapie cognitive comportementale. Guide du thérapeute* (Adaptation française du livre de Steven A. Safren, Susan Sprich, Carol A. Perlman, Michael W. Otto): Québec: Direction de l'enseignement ISMQ
- Lafleur, M., Pelletier, M.-F., Vincent M.-F. et Vincent A. (2010) *La maîtrise du TDAH chez l'adulte. Un programme de thérapie cognitive comportementale. Manuel du client* (Adaptation française du livre de Steven A. Safren, Susan Sprich, Carol A. Perlman, Michael W. Otto): Québec: Direction de l'enseignement ISMQ
- Laviguer, S. (2009). *Ces parents à bout de souffle*. Montréal : Quebecor
- Lecendreux, M. (2007). *L'hyperactivité*. Paris : Solar
- Le Heuzey, M.F. (2003). *L'enfant hyperactif*. Paris : Jacob
- Moulton Sarkis, S. (2008). *10 solutions contre le déficit d'attention chez l'adulte*. Saint Constant: Broquet
- Nadeau, Kathleen G., Dion, Ellen B. *Champion de la concentration*. Enfants Québec
- Pelletier, E. (2009). *Déficit d'attention sans hyperactivité, compréhension et intervention*. Outremont : Quebecor
- Sauvé, C. (2007). *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit de l'attention*. Montréal : CHU Sainte-Justine
- Saïag, M.-C., Bioulac, S. et Bouvard, M. (2007). *Comment aider mon enfant hyperactif?* Paris : Odile Jacob
- Vincent, A. (2010). *Mon cerveau a besoin de lunettes: Vivre avec l'hyperactivité*. Montréal : Quebecor
- Vincent, A. (2010). *Mon cerveau a encore besoin de lunettes : Le TDAH chez l'adulte*. Montréal : Quebecor

Livres en anglais

Voir www.caddra.ca, www.caddac.ca et www.attentiondeficit-info.com pour des suggestions de lecture en anglais



Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

INSTRUCTIONS - CADDRA pour l'évaluation de l'enfant

Votre enfant est présentement en processus d'évaluation pour le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Son médecin vous demandera de compléter les formulaires suivants sur le fonctionnement de votre enfant selon différentes situations.

Cette information doit être révisée par un médecin qualifié dans le cadre d'une évaluation globale du TDAH. Le TDAH n'est pas diagnostiqué seulement par le biais de questionnaires. En plus d'identifier les symptômes, il faut en déterminer les causes. Une évaluation médicale complète est nécessaire afin d'écartier d'autres problématiques possibles des symptômes présentés.

Votre participation est très importante, mais ne vous inquiétez pas de «mal» répondre ou «d'étiqueter» votre enfant. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Des questions vous seront demandées sur le fonctionnement de votre enfant selon différentes situations. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse, indiquez celle qui décrit le mieux votre enfant dans cette situation. Chaque item du questionnaire est moins important que le portrait global, et cela permettra une meilleure évaluation par un professionnel qualifié.

Si votre enfant habite dans deux milieux, il est important que des personnes habitant ces deux milieux remplissent ces questionnaires. Il est important que les parents prennent le temps nécessaire pour bien compléter tous les questionnaires requis. Cette information sur la façon dont votre enfant fonctionne dans différents contextes est essentielle. Par conséquent, il est également important que son enseignant fournisse ses observations. Veuillez remettre à l'enseignant les formulaires requis et leurs instructions.

Des tests supplémentaires peuvent être recommandés par votre professionnel de la santé. Ceci est particulièrement important si un trouble d'apprentissage, un trouble de langage ou de tout autre trouble de santé est soupçonné.

Si vous n'avez pas reçu copie des formulaires, instructions et documents, vous pouvez les obtenir et les imprimer à partir du site de CADDRA (www.caddra.ca).

Formulaires

Note: Veuillez compléter les formulaires demandés par votre professionnel de la santé tels qu'indiqués ci-dessous. Il est possible qu'on vous demande de les compléter en utilisant deux couleurs différentes afin de différencier lorsque votre enfant est sous médication et sans médication.

Nom du document	Formulaires recommandés	À être complété par:	
		Chacun des parents	Enseignant
Weiss Symptom Record*	3	x	x
Weiss Functional Impairment Rating Scale - Parent*	2	x	
Inventaire des symptômes du TDAH (symptômes actuels)	3	x	x
SNAP-IV-26*	3	x	x
Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant	1		x
Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique (si sous médication)	2	x	

* version française non validée

Ressources

Veuillez lire l'information sur le TDAH remise par votre professionnel de la santé. Les informations générales et ressources sur le TDAH par CADDRA peuvent être imprimées à partir du site www.caddra.ca.

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Instructions - CADDRA pour l'évaluation de l'adolescent

Tu es présentement en processus d'évaluation pour le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Ton médecin demandera à toi et à ceux qui te connaissent le mieux (parents et un enseignant) de compléter les formulaires suivants sur ton fonctionnement selon différentes situations.

Cette information doit être révisée par un médecin qualifié dans le cadre d'une évaluation globale du TDAH. Le TDAH n'est pas diagnostiqué seulement par le biais de questionnaires. En plus d'identifier les symptômes, il faut en déterminer les causes. Une évaluation médicale complète est nécessaire afin d'écartier d'autres problématiques possibles des symptômes présentés.

Ta participation est très importante, mais ne t'inquiète pas de «mal» répondre ou «de t'étiqueter». Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Des questions te seront demandées sur ton fonctionnement selon différentes situations. Si tu n'es pas sûr(e) de la réponse, indique celle qui te décrit le mieux dans cette situation. Chaque item du questionnaire est moins important que le portrait global, et cela permettra une meilleure évaluation par un professionnel qualifié.

Si tu habites dans deux milieux, il est important que des personnes habitant ces deux milieux remplissent ces questionnaires. Il est important que tes parents et toi preniez le temps nécessaire pour bien compléter tous les questionnaires requis. Cette information sur la façon dont tu fonctionnes dans différents contextes est essentielle. Par conséquent, il est également important qu'un de tes enseignants fournisse ses observations. S'il te plaît remet à un de tes enseignants les formulaires requis et leurs instructions.

Des tests supplémentaires peuvent être recommandés par ton professionnel de la santé. Ceci est particulièrement important si un trouble d'apprentissage, un trouble de langage ou de tout autre trouble de santé est soupçonné. Si tu n'as pas reçu copie des formulaires, instructions et documents, tu peux les obtenir et les imprimer à partir du site de CADDRA (www.caddra.ca)

Formulaires

Note: S'il te plaît complète les formulaires demandés par ton professionnel de la santé tels qu'indiqués ci-dessous. Il est possible qu'on te demande de les compléter en utilisant deux couleurs différentes afin de différencier lorsque tu es sous médication et sans médication.

Nom du document	Formulaires recommandés	À être complété par:		
		Patient	Chacun des parents	Enseignant
Weiss Symptom Record*	3		X	X
Weiss Functional Impairment Rating Scale - Self*	1	X		
Weiss Functional Impairment Rating Scale - Parent*	2		X	
Inventaire des symptômes du TDAH (symptômes actuels)	3		X	X
SNAP-IV-26*	3		X	X
Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant	1			X
Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique (si sous médication)	2		X	

* version française non validée

Ressources

S'il te plaît lis l'information sur le TDAH remise par ton professionnel de la santé. Les informations générales et ressources sur le TDAH par CADDRA peuvent être imprimées à partir du site www.caddra.ca.



Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

Instructions - CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant

Nom de l'enseignant(e): _____

Nom de l'enfant: _____ Date: _____

Nombre d'heures avec l'enfant par semaine: _____

Période pour laquelle le formulaire a été rempli: _____

Bonjour,

Votre élève, _____, est présentement sous évaluation médicale. Pour aider ce processus, son médecin a besoin de vos observations sur son fonctionnement en classe. Vos commentaires sont importants, car ils permettent d'obtenir de l'information sur le fonctionnement de l'élève en milieu scolaire.

Étant son enseignant(e), vous êtes un élément clé de son processus d'apprentissage. Nous vous remercions pour votre participation et votre aide à mieux cibler ses besoins. Les objectifs de ces questionnaires sont de parvenir à un diagnostic précis, et à des interventions et les solutions thérapeutiques qui seront individualisées à cet élève.

Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse, allez avec la première qui vous vient à l'esprit. Ne pas laisser de questions sans réponse.

Questionnaires

Veuillez compléter:

- Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant
- Weiss Symptom Record (WSR)*
- SNAP-IV-26* ou Inventaire des symptômes du TDAH

Utiliser cette section pour tout détail ou commentaire que vous désirez transmettre à son médecin:

*version française - non validée

Nom du patient:

Date de naissance:

Nom du médecin:

No de dossier:

Date:

Instructions - CADDRA pour l'évaluation de l'adulte

Vous êtes présentement en processus d'évaluation pour le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Votre médecin demandera à vous et à ceux qui vous connaissent le mieux (conjoint, membre de votre famille, colocataire ou ami) de compléter les formulaires suivants sur votre fonctionnement selon différentes situations.

Cette information doit être révisée par un médecin qualifié dans le cadre d'une évaluation globale du TDAH. Le TDAH n'est pas diagnostiqué seulement par le biais de questionnaires. En plus d'identifier les symptômes, il faut en déterminer les causes. Une évaluation médicale complète est nécessaire afin d'écartier d'autres problématiques possibles des symptômes présentés.

Votre participation est très importante, mais ne vous inquiétez pas de «mal» répondre ou «de vous étiqueter». Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Des questions vous seront demandées sur votre fonctionnement selon différentes situations. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse, indiquez celle qui vous décrit le mieux dans cette situation. Chaque item du questionnaire est moins important que le portrait global, et cela permettra une meilleure évaluation par un professionnel qualifié.

Si vous n'avez pas reçu copie des formulaires, instructions et documents, vous pouvez les obtenir et les imprimer à partir du site de CADDRA (www.caddra.ca).

Formulaires

Note: Veuillez compléter les formulaires demandés par votre professionnel de la santé tels qu'indiqués ci-dessous. Il est possible qu'on vous demande de les compléter en utilisant deux couleurs différentes afin de différencier lorsque vous êtes sous médication et sans médication.

Nom du document	Formulaires recommandés	À être complété par:		
		Patient	Conjoint/Autre	Parent
Weiss Symptom Record*	2	x	x	
Weiss Functional Impairment Rating Scale - Self*	2	x	x	
Inventaire des symptômes du TDAH (symptômes actuels)	2	x	x	
Inventaire des symptômes du TDAH (rétrospective: à être complété selon ce qui était perçu lorsque vous étiez enfant)	2	x		x
Adult ADHD Self Report Scale*	2	x	x	
Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique (si sous médication)	1	x		

* version française non validée

Ressources

Veuillez lire l'information sur le TDAH remise par votre professionnel de la santé. Les informations générales et ressources sur le TDAH par CADDRA peuvent être imprimées à partir du site www.caddra.ca.

REFERENCES

1. Jain, U., et al., Canadian ADHD practice guidelines. 1st ed. 2006, Toronto, ON: McCleery & McCann.
2. Turgay, A., et al., Canadian ADHD Practice Guidelines. 2nd ed. 2008, Toronto, ON: McCleery & McCann.
3. Greenhill, L.L., et al., Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002. 41(2 Suppl): p. 26S-49S.
4. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 2001. 108(4): p. 1033-44.
5. Hughes, C.W., et al., The Texas Children's Medication Algorithm Project: report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999. 38(11): p. 1442-54.
6. APA, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2000(Revised 4th ed).
7. Kooij, S.J., et al., European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 2010. 10: p. 67.
8. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. 2008, National Institute for Health and Clinical Excellence London.
9. Nutt, D.J., et al., Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 2007. 21(1): p. 10-41.
10. Kessler, R.C., et al., The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 2006. 163(4): p. 716-23.
11. Polanczyk, G., et al., The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*, 2007. 164(6): p. 942-8.
12. Brown, T.E., Circles inside squares: a graphic organizer to focus diagnostic formulations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2005. 44(12): p. 1309-12.
13. Swanson, J.M., et al., Effects of stimulant medication on growth rates across 3 years in the MTA follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007. 46(8): p. 1015-27.
14. Weiss, M., ADHD in Adulthood: A guide to current theory, diagnosis, and treatment. 1999, Baltimore and London: John Hopkins University Press.
15. Brown, T.E., P.C. Reichel, and D.M. Quinlan, Executive function impairments in high IQ adults with ADHD. *J Atten Disord*, 2009. 13(2): p. 161-7.
16. Schweitzer, J.B., T.K. Cummins, and C.A. Kant, Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Med Clin North Am*, 2001. 85(3): p. 757-77.
17. Costello, E.J., H. Egger, and A. Angold, 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2005. 44(10): p. 972-86.
18. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*, 1999. 56(12): p. 1073-86.
19. Spencer, T.J., ADHD and comorbidity in childhood. *J Clin Psychiatry*, 2006. 67 Suppl 8: p. 27-31.
20. Mayes, S.D., S.L. Calhoun, and E.W. Crowell, Learning disabilities and ADHD: overlapping spectrum disorders. *J Learn Disabil*, 2000. 33(5): p. 417-24.
21. Barkley, R.A. and J. Biederman, Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36(9): p. 1204-10.
22. Connor, D.F., et al., Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003. 42(2): p. 193-200.
23. Fischer, M., et al., The adolescent outcome of hyperactive children: predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993. 32(2): p. 324-32.
24. Barkley, R.A., G.J. DuPaul, and M.B. McMurray, Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *J Consult Clin Psychol*, 1990. 58(6): p. 775-89.

25. Fischer, M., et al., The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, attentional, and neuropsychological status. *J Consult Clin Psychol*, 1990. 58(5): p. 580-8.
26. Lambert, N.M. and J. Sandoval, The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered hyperactive. *J Abnorm Child Psychol*, 1980. 8(1): p. 33-50.
27. Castellanos, F.X. and R. Tannock, Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci*, 2002. 3(8): p. 617-28.
28. Ontario Human Rights Commission, Guidelines on Accessible Education. 2004.
29. Busch, B., et al., Correlates of ADHD among children in pediatric and psychiatric clinics. *Psychiatr Serv*, 2002. 53(9): p. 1103-11.
30. Spencer, T.J., et al., Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (adderall XR) in the management of oppositional defiant disorder with or without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children and adolescents: A 4-week, multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, forced-dose-escalation study. *Clin Ther*, 2006. 28(3): p. 402-18.
31. Pliszka, S., Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007. 46(7): p. 894-921.
32. Biederman, J., et al., Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. 35(9): p. 1193-204.
33. Hinshaw, S.P., Conduct disorder in childhood: conceptualization, diagnosis, comorbidity, and risk status for antisocial functioning in adulthood. *Prog Exp Pers Psychopathol Res*, 1994: p. 3-44.
34. Barkley, R.A., et al., Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry*, 2004. 45(2): p. 195-211.
35. Loeber, R., J.D. Burke, and B.B. Lahey, What are adolescent antecedents to antisocial personality disorder? *Crim Behav Ment Health*, 2002. 12(1): p. 24-36.
36. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: changes in effectiveness and growth after the end of treatment. *Pediatrics*, 2004. 113(4): p. 762-9.
37. Burke, J.D., R. Loeber, and B. Birmaher, Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002. 41(11): p. 1275-93.
38. Connor, D.F., et al., Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002. 41(3): p. 253-61.
39. Turgay, A., Treatment of comorbidity in conduct disorder with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Essent Psychopharmacol*, 2005. 6(5): p. 277-90.
40. Schachar, R. and R. Tannock, Test of four hypotheses for the comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995. 34(5): p. 639-48.
41. Mannuzza, S., et al., Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: a prospective follow-up study. *J Abnorm Child Psychol*, 2004. 32(5): p. 565-73.
42. Caron, C. and M. Rutter, Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry*, 1991. 32(7): p. 1063-80.
43. Brown, T.E., ed. ADHD Comorbidities, Handbook for ADHD Complications in Children and Adults. 2009, American Psychiatric Publishing.
44. Wozniak, J., Recognizing and managing bipolar disorder in children. *J Clin Psychiatry*, 2005. 66 Suppl 1: p. 18-23.
45. Birmaher, B., et al., Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). *Am J Psychiatry*, 2010. 167(3): p. 321-30.
46. Schapiro, N.A., Bipolar disorders in children and adolescents. *J Pediatr Health Care*, 2005. 19(3): p. 131-41.
47. Yoshida, Y. and T. Uchiyama, The clinical necessity for assessing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) symptoms in children with high-functioning Pervasive Developmental Disorder (PDD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2004. 13(5): p. 307-14.
48. Keen, D. and S. Ward, Autistic spectrum disorder: a child population profile. *Autism*, 2004. 8(1): p. 39-48.
49. Luteijn, E.F., et al., How unspecified are disorders of children with a pervasive developmental disorder not otherwise specified? A study of social problems in children with PDD-NOS and ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2000. 9(3): p. 168-79.

50. Ehlers, S. and C. Gillberg, The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *J Child Psychol Psychiatry*, 1993. 34(8): p. 1327-50.
51. Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. *Arch Gen Psychiatry*, 2005. 62(11): p. 1266-74.
52. Molina, B.S. and W.E. Pelham, Jr., Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol*, 2003. 112(3): p. 497-507.
53. Biederman, J., et al., Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*, 1995. 152(11): p. 1652-8.
54. Faraone, S.V. and T.E. Wilens, Effect of stimulant medications for attention-deficit/hyperactivity disorder on later substance use and the potential for stimulant misuse, abuse, and diversion. *J Clin Psychiatry*, 2007. 68 Suppl 11: p. 15-22.
55. Wilens, T.E. and H.P. Upadhyaya, Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment. *J Clin Psychiatry*, 2007. 68(8): p. e20.
56. Wilens, T.E., The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use. *J Clin Psychiatry*, 2007. 68 Suppl 11: p. 4-8.
57. Wilens, T.E., et al., Characteristics of adults with attention deficit hyperactivity disorder plus substance use disorder: the role of psychiatric comorbidity. *Am J Addict*, 2005. 14(4): p. 319-27.
58. Sumner, C.R., et al., Placebo-controlled study of the effects of atomoxetine on bladder control in children with nocturnal enuresis. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2006. 16(6): p. 699-711.
59. Shatkin, J.P., Atomoxetine for the treatment of pediatric nocturnal enuresis. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2004. 14(3): p. 443-7.
60. Fritz, G., et al., Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004. 43(12): p. 1540-50.
61. Spencer, T., et al., Disentangling the overlap between Tourette's disorder and ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 1998. 39(7): p. 1037-44.
62. Sukhodolsky, D.G., et al., Disruptive behavior in children with Tourette's syndrome: association with ADHD comorbidity, tic severity, and functional impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003. 42(1): p. 98-105.
63. Gaffney, G.R., et al., Risperidone versus clonidine in the treatment of children and adolescents with Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002. 41(3): p. 330-6.
64. Gadow, K.D., et al., Long-term methylphenidate therapy in children with comorbid attention-deficit hyperactivity disorder and chronic multiple tic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1999. 56(4): p. 330-6.
65. Seidenberg, M., D.T. Pulsipher, and B. Hermann, Association of epilepsy and comorbid conditions. *Future Neurol*, 2009. 4(5): p. 663-668.
66. Parisi, P., et al., Attention deficit hyperactivity disorder in children with epilepsy. *Brain Dev*, 2010. 32(1): p. 10-6.
67. Davis, S.M., et al., Epilepsy in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Neurol*, 2010. 42(5): p. 325-30.
68. Gonzalez-Heydrich, J., et al., Adaptive phase I study of OROS methylphenidate treatment of attention deficit hyperactivity disorder with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2010. 18(3): p. 229-37.
69. Koneski, J.A. and E.B. Casella, Attention deficit and hyperactivity disorder in people with epilepsy: diagnosis and implications to the treatment. *Arq Neuropsiquiatr*, 2010. 68(1): p. 107-14.
70. Warden, D.L., et al., Guidelines for the pharmacologic treatment of neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury. *J Neurotrauma*, 2006. 23(10): p. 1468-501.
71. Jonsson, C.A., G. Horneman, and I. Emanuelson, Neuropsychological progress during 14 years after severe traumatic brain injury in childhood and adolescence. *Brain Inj*, 2004. 18(9): p. 921-34.
72. Gerring, J.P., et al., Premorbid prevalence of ADHD and development of secondary ADHD after closed head injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998. 37(6): p. 647-54.
73. Max, J.E., et al., Attention-deficit hyperactivity symptomatology after traumatic brain injury: a prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998. 37(8): p. 841-7.
74. Levin, H., et al., Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder following traumatic brain injury in children. *J Dev Behav Pediatr*, 2007. 28(2): p. 108-18.

75. Guilleminault, C., et al., Children and nocturnal snoring: evaluation of the effects of sleep related respiratory resistive load and daytime functioning. *Eur J Pediatr*, 1982. 139(3): p. 165-71.
76. Ali, N.J., D.J. Pitson, and J.R. Stradling, Snoring, sleep disturbance, and behaviour in 4-5 year olds. *Arch Dis Child*, 1993. 68(3): p. 360-6.
77. Chervin, R.D. and K.H. Archbold, Hyperactivity and polysomnographic findings in children evaluated for sleep-disordered breathing. *Sleep*, 2001. 24(3): p. 313-20.
78. Sowell, E.R., et al., Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 2003. 362(9397): p. 1699-707.
79. Zametkin, A.J., et al., Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med*, 1990. 323(20): p. 1361-6.
80. Ball, J.D., et al., Sleep patterns among children with attention-deficit hyperactivity disorder: a reexamination of parent perceptions. *J Pediatr Psychol*, 1997. 22(3): p. 389-98.
81. Oosterloo, M., et al., Possible confusion between primary hypersomnia and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Res*, 2006. 143(2-3): p. 293-7.
82. Geller, D.A., et al., Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. 35(12): p. 1637-46.
83. Geller, D.A., Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*, 2006. 29(2): p. 353-70.
84. Stein, D.J. and C. Lochner, Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. *Psychiatr Clin North Am*, 2006. 29(2): p. 343-51.
85. Bolton, D., M. Luckie, and D. Steinberg, Long-term course of obsessive-compulsive disorder treated in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995. 34(11): p. 1441-50.
86. Storch, E.A., et al., Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2008. 47(5): p. 583-92.
87. Rasmussen, P. and C. Gillberg, Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000. 39(11): p. 1424-31.
88. Skinner, B.F., Holland J.G., *The Analysis of Behavior: A Program for Self Instruction*. 1961.
89. Skinner, B.F., *Science and Human Behaviour*. 2005: B. F. Skinner Foundation.
90. Liberman, R.P., The token economy. *Am J Psychiatry*, 2000. 157(9): p. 1398.
91. Zlomke, L., Token Economies. *The Behavior Analyst Today*, 2003. 4(2): p. 177-193.
92. DuPaul, G.J., D.C. Guevremont, and R.A. Barkley, Behavioral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in the classroom. The use of the attention training system. *Behav Modif*, 1992. 16(2): p. 204-25.
93. Gordon, M., Thomason, D., Cooper, S., Ivers, C.L. , Nonmedical treatment of ADHD/hyperactivity: The attention training system *Journal of School Psychology*, 1991. 29(2): p. 151-159.
94. DuPaul, G.J., Stoner, G, *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*. 2003, New York: Guildford Press.
95. Minskoff, E., Allsopp, D., *Academic Success Strategies for Adolescents with Learning Disabilities and ADHD*. 2003, Baltimore, MD: Brookes Publishing.
96. Calgary Learning Centre, A.E., *Focusing on Success: Teaching Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. 2006.
97. Beck, A.T., Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1970. 1(2): p. 184-200.
98. Meichenbaum, D., *Cognitive-Behavior Modification*. 1977, New York, NY: Plenum Press.
99. Abikoff, H., Cognitive training in ADHD children: less to it than meets the eye. *J Learn Disabil*, 1991. 24(4): p. 205-9.
100. Safren, S.A., Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *J Clin Psychiatry*, 2006. 67 Suppl 8: p. 46-50.
101. Solanto, M.V., et al., Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *Am J Psychiatry*, 2010. 167(8): p. 958-68.
102. Rostain, A.L. and J.R. Ramsay, A combined treatment approach for adults with ADHD--results of an open study of 43 patients. *J Atten Disord*, 2006. 10(2): p. 150-9.
103. Kolar, D., et al., Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2008. 4(2): p. 389-403.
104. Retz, W. and R.G. Klein, eds. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults. Key Issues in Mental Health*. Vol. 176. 2010, Karger: Basel.

105. Sullivan, H.S., *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. 1953.
106. Klerman, G.L., Weissman, M.M., *New Applications of Interpersonal Therapy*. 1993, Washington, DC: American Psychiatric Press.
107. Landreth, G., *Play Therapy: The Art of the Relationship*. Vol. 2. 2002, New York, NY: Taylor & Francis.
108. Oaklander, V., *Windows to Our Children*. 1978, 2007, Goldsborough, Maine: The Gestalt Journal Press.
109. O'Connor, K.J., Schaefer, C.E. , ed. *Handbook of Play Therapy: Advances and Innovations*. 1994, John Wiley & Sons: New York, NY.
110. Malchiodi, C.A., *Expressive Therapies*. 2003, New York, NY: Guilford.
111. Bell, S. and S.M. Eyberg, Parent-child interaction therapy, in *Innovations in Clinical Practice: A Source Book*, S.K. L. VandeCreek, & T.L. Jackson Editor. 2002, Professional Resource Press: Sarasota, FL. p. 57-74.
112. Brinkmeyer, M., & Eyberg, S.M. , Parent-child interaction therapy for oppositional children., in *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, K.A.E.W. J.R., Editor. 2003, Guilford: New York, NY. p. 204-223.
113. Cunningham, C.E., A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr Psychol*, 2007. 32(6): p. 676-94.
114. Penedo, F.J. and J.R. Dahn, Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry*, 2005. 18(2): p. 189-93.
115. Scully, D., et al., Physical exercise and psychological well being: a critical review. *Br J Sports Med*, 1998. 32(2): p. 111-20.
116. Sharma, A., V. Madaan, and F.D. Petty, Exercise for mental health. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 2006. 8(2): p. 106.
117. Khan, S.A. and S.V. Faraone, The genetics of ADHD: a literature review of 2005. *Curr Psychiatry Rep*, 2006. 8(5): p. 393-7.
118. Chronis, A.M., et al., Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003. 42(12): p. 1424-32.
119. Brown, T.E., ed. *ADHD Comorbidities: Handbook for ADHD Complications in Children and Adults*. 2009, American Psychiatric Publishing Inc.: Washington, DC.
120. Harvey, E., et al., Parenting of children with attention-defecit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *J Atten Disord*, 2003. 7(1): p. 31-42.
121. Adler, L. and J. Cohen, Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 2004. 27(2): p. 187-201.
122. Biederman, J., E. Mick, and S.V. Faraone, Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 2000. 157(5): p. 816-8.
123. Mick, E., S.V. Faraone, and J. Biederman, Age-dependent expression of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychiatr Clin North Am*, 2004. 27(2): p. 215-24.
124. Webster-Stratton, C., M.J. Reid, and M. Hammond, Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2004. 33(1): p. 105-24.
125. Lalonde, J., A. Turgay, and J.I. Hudson, Attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and comorbid disruptive behaviour disorders in a child and adolescent mental health clinic. *Can J Psychiatry*, 1998. 43(6): p. 623-8.
126. Rohde, L.A., et al., ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999. 38(6): p. 716-22.
127. Sanchez, R.J., et al., Assessment of adherence measures with different stimulants among children and adolescents. *Pharmacotherapy*, 2005. 25(7): p. 909-17.
128. Wolraich, M.L., et al., Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 2005. 115(6): p. 1734-46.
129. Iyalomhe, G.B., Cannabis abuse and addiction: a contemporary literature review. *Niger J Med*, 2009. 18(2): p. 128-33.
130. Riedel, G. and S.N. Davies, Cannabinoid function in learning, memory and plasticity. *Handb Exp Pharmacol*, 2005(168): p. 445-77.
131. Biederman, J., et al., Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36(1): p. 21-9.
132. Barkley, R.A. and T.E. Brown, Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr*, 2008. 13(11): p. 977-84.

133. Aman, M.G., C. Binder, and A. Turgay, Risperidone effects in the presence/absence of psychostimulant medicine in children with ADHD, other disruptive behavior disorders, and subaverage IQ. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2004. 14(2): p. 243-54.
134. Kessler, R.C., et al., Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005. 62(6): p. 593-602.
135. Caplan, R., et al., Thought disorder in attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001. 40(8): p. 965-72.
136. Jerome, L., Some observations on the phenomenology of thought disorder; a neglected sign in attention-deficit hyperperactivity disorder. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*, 2003. 12(3): p. 92-3.
137. Jerome, L., Thought disorder in BPD and ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36(6): p. 720-1.
138. Birnbaum, H.G., et al., Costs of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in the US: excess costs of persons with ADHD and their family members in 2000. *Curr Med Res Opin*, 2005. 21(2): p. 195-206.
139. Secnik, K., A. Swensen, and M.J. Lage, Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 2005. 23(1): p. 93-102.
140. Swensen, A.R., et al., Attention-deficit/hyperactivity disorder: increased costs for patients and their families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003. 42(12): p. 1415-23.
141. Swensen, A., et al., Incidence and costs of accidents among attention-deficit/hyperactivity disorder patients. *J Adolesc Health*, 2004. 35(4): p. 346 e1-9.
142. DiScala, C., et al., Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 1998. 102(6): p. 1415-21.
143. Applegate, B., et al., Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36(9): p. 1211-21.
144. Faraone, S.V., Khan, S. A., Candidate gene studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 2006. 67 Suppl 8: p. 13-20.
145. Hamilton, M., A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960. 23: p. 56-62.
146. Hamilton, M., The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 1959. 32(1): p. 50-5.
147. Goodman, W.K., et al., The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 1989. 46(11): p. 1006-11.
148. Ramsay, J.R. and A.L. Rostain, *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: An Integrative psychosocial and medical approach 2008*. 2008, New York: Routledge.
149. Ramsay, J.R., Rostain, A. L., *Psychosocial Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults: Current Evidence and Future Directions*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2007. 38(4): p. 338-346.
150. Kohlberg, J.N., K., *ADHD Friendly Ways to Organize Your Life*. 2002: Brunner-Routledge.
151. Gaub, M. and C.L. Carlson, Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36(8): p. 1036-45.
152. Nadeau, K., Littman, E.B., Quinn, P.O., *Understanding Girls with ADHD*. 1999, Silver Springs, MD: Advantage Books.
153. Barkley, R.A., *Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children*. *J Clin Psychiatry*, 2002. 63 Suppl 12: p. 36-43.
154. Antshel, K.M. and R. Barkley, *Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder*. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2008. 17(2): p. 421-37, x.
155. Chronis, A.M., H.A. Jones, and V.L. Raggi, Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev*, 2006. 26(4): p. 486-502.
156. Jensen, P.S., et al., Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *J Dev Behav Pediatr*, 2001. 22(1): p. 60-73.
157. Knouse, L.E., et al., Recent developments in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Expert Rev Neurother*, 2008. 8(10): p. 1537-48.
158. Murphy, K., *Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: a practice-friendly review*. *J Clin Psychol*, 2005. 61(5): p. 607-19.
159. Pelham, W.E., Jr. and G.A. Fabiano, Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2008. 37(1): p. 184-214.

160. Weiss, M., et al., Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *J Atten Disord*, 2008. 11(6): p. 642-51.
161. Wells, K.C., et al., Psychosocial treatment strategies in the MTA study: rationale, methods, and critical issues in design and implementation. *J Abnorm Child Psychol*, 2000. 28(6): p. 483-505.
162. DuPaul, G.J.S., G., *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*. 2003, New York, NY: Guilford Press.
163. Minskoff, E.A., D., *Academic Success Strategies for Adolescents with Learning Disabilities and ADHD*. 2003, Baltimore, MD: Brookes Publishing.
164. Bandura, A., *Social Learning Theory*. 1977, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
165. Gresham, F.M., *Social Competence and Students with Behavior Disorders: Where We've Been, Where We Are, and Where We Should Go*. *Education and Treatment of Children*, 1997. 20(3): p. 233-49.
166. Gresham, F.M., Elliott, S.N., *Social Skills Intervention Guide : Systematic Approaches to Social Skills Training*. *Special Services in the Schools*, 1993. 8(1): p. 137-158.
167. Goldstein, A., McGinnis, E., *Skillstreaming the Elementary School Child*. 1997, Champaign, IL: Research Press.
168. Goldstein, A., McGinnis, E. et al, *Skillstreaming the Adolescent*. 1997, Champaign, IL: Research Press.
169. Goldstein, A., McGinnis, E., et al, *Skillstreaming in Early Childhood*. 2003, Champaign, IL: Research Press.
170. Antshel, K.M. and R. Remer, Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized-controlled clinical trial. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2003. 32(1): p. 153-65.
171. Frankel, F., et al., Parent-assisted transfer of children's social skills training: effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36(8): p. 1056-64.
172. Pfiffner, L.J., et al., A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007. 46(8): p. 1041-50.
173. Kazdin, A.E., Parent management training: evidence, outcomes, and issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36(10): p. 1349-56.
174. Briesmeister, J.M., & Schaefer, C.M., ed. *Handbook of Parent Training: Parents As Co-Therapists for Children's Behavior Problems*. 1997, John Wiley & Sons.: New York, NY.
175. Chronis, A.M., et al., Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2004. 7(1): p. 1-27.
176. Rogers, C., *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. 1951, London, UK: Constable.
177. Barkley, R.A. and C.M. Benton, *Your Defiant Child: Eight Steps to Better Behaviour*. 1997, New York, NY: Guilford Press.
178. Cunningham, C.E., R. Bremner, and S. M., *COPE: The Community Parent Education Program: A School-based Family System-oriented Workshop for Parents of Children with Disruptive Behaviour Disorders*. 1998, Hamilton Health Services Corporation/COPE Works.
179. Farrelly, G.A., ADHD: A Diagnostic Dilemma. *The Canadian Journal of CME*, 2001.
180. Galanter, C.A. and P.S. Jensen, *DSM-IV-TR Casebook and treatment guide for child mental health*. 2006, Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
181. Greene, R., *The Explosive Child*. 2nd ed. 2001, 2010: Harper Collins Publishers, QUILL.
182. Greene, R.W., & Ablon, J.S, *Treating explosive kids: The collaborative problem-solving approach*. 2006, New York, NY: Guilford Press.
183. McMahon, R.J. and R.L. Forehand, *Helping the Non-compliant Child: Family-based Treatment for Oppositional Behaviour*. 2 ed. 2003, New York, NY: Guilford Press.
184. McMahon, R.J., K.C. Wells, and J.S. Kotler, Conduct problems, in *Treatment of childhood disorders*, E.J. Mash and R.A. Barkley, Editors. 2006, Guilford Press: New York, NY. p. 137-268.
185. Moghadam, H., *Attention Deficit-Hyperactivity Disorder*. 2006, Calgary, Alberta, Canada: Detselig Enterprises Ltd.
186. Phelan, T.W., *1-2-3 Magic. Effective Discipline for Children 2-12*. 3 ed. 2003, Glen Ellyn, Illinois: Parent Magic Inc.
187. Pliszka, S.R., *Treating ADHD and Comorbid Disorders, Psychosocial and Psychopharmacological Interventions*. 2009, New York, NY: Guilford Press.
188. Reiff, M. and S. Tippins, *ADHD: A Complete and Authoritative Guide*. 2004: American Academy of Pediatrics.
189. Rief-Jossey, S., *How to Reach and Teach Children with ADD/ADHD*. 2005, San Francisco, CA: Bars Publishers.
190. Webster-Stratton, C., *The Incredible Years: A Guide for Parents of Children 3-8-years Old*. 1992: The Umbrella Press.
191. Webster-Stratton, C. and M.J. Reid, The Incredible Years: Parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems, in *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, A.E. Kazdin and J.R. Weisz, Editors. 2003, Guilford Press: New York NY. p. 224-241.

192. Weissman, M.M., et al., Psychopathology in the children (ages 6-18) of depressed and normal parents. *J Am Acad Child Psychiatry*, 1984. 23(1): p. 78-84.
193. Barkley, R.A., *Defiant Children, Second Edition: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. 1997, New York, NY: Guilford Press.
194. Barkley, R.A.e.a., *Your Defiant Teen: 10 Steps to Resolve Conflict and Rebuild Your Relationship*. 2008, New York, NY: Guilford Press.
195. Cunningham, C.E., COPE: Large group, community based, family-centred parent training., in *Attention Deficit Hyperactivity: A Handbook for Diagnosis and Treatment.*, R.A. Barkley, Editor. 2006, Guilford Press: New York, NY.
196. Jensen, P., Tailoring Treatments for Individuals with ADHD and Their Families, in *ADHD Comorbidities: Handbook for ADHD Complications in Children and Adolescents.*, T.E. Brown, Editor. 2009. p. 247.
197. Gardner, H., *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. 1983, New York, NY: Basic Books.
198. McMahon, R.J. and R.L. Forehand, *Helping the Noncompliant Child: Family-Based Treatment for Oppositional Behaviour*. 2 ed. 2003, New York, NY: The Guilford Press.
199. Hoza, B., et al., A friendship intervention for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: preliminary findings. *J Atten Disord*, 2003. 6(3): p. 87-98.
200. Ramsay, J.R., *Nonmedication Treatments for Adult ADHD: Evaluating Impact on Daily Functioning and Well-Being*. 2010: American Psychological Association.
201. Rief, S., *How to Reach and Teach ADD/ADHD Children: Practical Techniques, Strategies, and Interventions for Helping Children with Attention Problems and Hyperactivity* 1993: Jossey-Bass.
202. Zeigler Dendy, C.A., *Teaching Teens With Add and Adhd: A Quick Reference Guide for Teachers and Parents*. 2000: Woodbine House.
203. Dornbush, M.P. and S.K. Pruitt, *Tigers, Too: Executive Functions/Speed of Processing/Memory: Impact on Academic, Behavioral, and Social Functioning of Students w/ Attention Deficit Hyperactivity*. 2009: Parkaire Press, Inc.
204. Tse, J., V. Tagalakis, and L. Hechtman, *Cognitive behavioral group therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. 2006.
205. Philipsen, A., in *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults. Key Issues in Mental Health*, W. Retz and R.G. Klein, Editors. 2010: Basel, Karger. p. 159-173.
206. Jerome, L., A. Segal, and L. Habinski, What we know about ADHD and driving risk: a literature review, meta-analysis and critique. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006. 15(3): p. 105-25.
207. Association., C.M., *Determining medical fitness to operate motor vehicles. CMA driver's guide*. 2006, Canadian Medical Association.: Ottawa, Ont.
208. Jerome, L. and A. Segal, Validation of a driving questionnaire for patients with ADHD: the Jerome Driving Questionnaire. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2009. 1: p. 151.
209. Turgay, A., *A multidimensional approach to medication selection in the treatment of children and adolescents with ADHD*. *Psychiatry (Edgmont)*, 2007. 4(8): p. 47-57.
210. Wilens, T.E. and J. Biederman, The stimulants. *Psychiatr Clin North Am*, 1992. 15(1): p. 191-222.
211. Biederman, J., et al., Effect of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to atomoxetine in children with ADHD: a meta-analysis of controlled clinical trial data. *Psychopharmacology (Berl)*, 2007. 190(1): p. 31-41.
212. Wooltorton, E., Suicidal ideation among children taking atomoxetine (Strattera). *CMAJ*, 2005. 173(12): p. 1447.
213. Miller, M.C., What is the significance of the new warnings about suicide risk with Strattera? *Harv Ment Health Lett*, 2005. 22(6): p. 8.
214. Cohen-Zion, M. and S. Ancoli-Israel, Sleep in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a review of naturalistic and stimulant intervention studies. *Sleep Med Rev*, 2004. 8(5): p. 379-402.
215. Chervin, R.D., How many children with ADHD have sleep apnea or periodic leg movements on polysomnography? *Sleep*, 2005. 28(9): p. 1041-2.
216. Ivanenko, A., et al., Psychiatric symptoms in children with insomnia referred to a pediatric sleep medicine center. *Sleep Med*, 2004. 5(3): p. 253-9.
217. O'Brien, L.M., et al., Sleep disturbances in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatr Res*, 2003. 54(2): p. 237-43.

218. Schwartz, G., et al., Actigraphic monitoring during sleep of children with ADHD on methylphenidate and placebo. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004. 43(10): p. 1276-82.
219. Sangal, R.B., et al., Effects of atomoxetine and methylphenidate on sleep in children with ADHD. *Sleep*, 2006. 29(12): p. 1573-85.
220. van der Heijden, K.B., M.G. Smits, and W.B. Gunning, Sleep-related disorders in ADHD: a review. *Clin Pediatr (Phila)*, 2005. 44(3): p. 201-10.
221. Weiss, M.D., et al., Sleep hygiene and melatonin treatment for children and adolescents with ADHD and initial insomnia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006. 45(5): p. 512-9.
222. Chervin, R.D., et al., Inattention, hyperactivity, and symptoms of sleep-disordered breathing. *Pediatrics*, 2002. 109(3): p. 449-56.
223. Owens, J.A. and V. Dalzell, Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. *Sleep Med*, 2005. 6(1): p. 63-9.
224. Owens, J.A. and M. Witmans, Sleep problems. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2004. 34(4): p. 154-79.
225. Van der Heijden, K.B., et al., Effect of melatonin on sleep, behavior, and cognition in ADHD and chronic sleep-onset insomnia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007. 46(2): p. 233-41.
226. Conners, C.K., C.H. Goyette, and E.B. Newman, Dose-time effect of artificial colors in hyperactive children. *J Learn Disabil*, 1980. 13(9): p. 512-6.
227. Wilens, T., et al., ADHD treatment with once-daily OROS methylphenidate: interim 12-month results from a long-term open-label study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003. 42(4): p. 424-33.
228. Spencer, T., J. Biederman, and T. Wilens, Growth deficits in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 1998. 102(2 Pt 3): p. 501-6.
229. Swanson, J., et al., Stimulant-related reductions of growth rates in the PATS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006. 45(11): p. 1304-13.
230. Bryan, J., et al., Nutrients for cognitive development in school-aged children. *Nutr Rev*, 2004. 62(8): p. 295-306.
231. Schnoll, R., D. Burshteyn, and J. Cea-Aravena, Nutrition in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: a neglected but important aspect. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 2003. 28(1): p. 63-75.
232. Spencer, T.J., et al., Growth deficits in ADHD children revisited: evidence for disorder-associated growth delays? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. 35(11): p. 1460-9.
233. Arnold, L.E., et al., Serum zinc correlates with parent- and teacher- rated inattention in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2005. 15(4): p. 628-36.
234. Arnold, L.E., S.M. Pinkham, and N. Votolato, Does zinc moderate essential fatty acid and amphetamine treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2000. 10(2): p. 111-7.
235. Konofal, E., et al., Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004. 158(12): p. 1113-5.
236. Antalis, C.J., et al., Omega-3 fatty acid status in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, 2006. 75(4-5): p. 299-308.
237. McNamara, R.K. and S.E. Carlson, Role of omega-3 fatty acids in brain development and function: potential implications for the pathogenesis and prevention of psychopathology. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, 2006. 75(4-5): p. 329-49.
238. Young, G. and J. Conquer, Omega-3 fatty acids and neuropsychiatric disorders. *Reprod Nutr Dev*, 2005. 45(1): p. 1-28.
239. Cortese, S., et al., Sleep and alertness in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review of the literature. *Sleep*, 2006. 29(4): p. 504-11.
240. Cortese, S., et al., ADHD and insomnia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006. 45(4): p. 384-5.
241. Ramanathan, G. and G.E. White, Attention-deficit/hyperactive disorder: making a case for multidisciplinary management. *J Clin Pediatr Dent*, 2001. 25(3): p. 249-53.
242. Gutgesell, H., et al., Cardiovascular monitoring of children and adolescents receiving psychotropic drugs: A statement for healthcare professionals from the Committee on Congenital Cardiac Defects, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation*, 1999. 99(7): p. 979-82.
243. Gutgesell, H., et al., AHA Scientific Statement: cardiovascular monitoring of children and adolescents receiving psychotropic drugs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999. 38(8): p. 1047-50.

244. Safren, S.A., et al. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther.* 2005 Jul;43(7):831-42.
245. Safren, S.A., et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2010 Aug 25;304(8):875-80.
246. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
247. Harpold T et al., Is oppositional defiant disorder a meaningful diagnosis in adults? Results from a large sample of adults with ADHD. *J Nerv Ment Dis.* 2007 Jul;195(7):601-5.
248. Consoli A et al. Comorbidity with ADHD decreases response to pharmacotherapy in children and adolescents with acute mania: evidence from a metaanalysis. *Can J Psychiatry.* 2007 May;52(5):323-8.
249. Copeland W, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence comorbidity and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry.* 2013 Feb 1; 170(2):173-9.
250. Beiderman, J. et al. Psychactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am. J. Psychiatry.* 1995. 152(11): 1652-8.
251. Wilens T. E., Morrison NR. The intersection of ADHD and substance abuse. *Curr Opin Psychiatry.* 2011 Jul;24(4):280-5. Review.
252. Wilens T. E. et al. The misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:21-31.
253. Seidenberg, M. Pulsipher, D. T. & Hermann, B. Association of epilepsy and comorbid conditions. *Future Neurol.* 2009. 4(5): 663-668.
254. Gonzales-Hydrich, J. et al. Adaptive phase I study of OROS methylphenidate treatment of attention deficit hyperactivity disorder with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2010. 18(3): 229-37.
255. Kooij, E. T. et al. Safety of methylphenidate in 45 adults with attention deficit/hyperactivity disorder. A randomized placebo-controlled double blind cross over trial. *Psychol. Med.* 2004. 34(6): 973-82.
256. Wentz, E., Lacey, J. H., et al. Neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients. A pilot study. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2005. 14(8): 431-7.
257. Biederman, J. et al. Are girls with ADHD at risk of eating disorders? Results from a controlled, five year prospective study. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2007. 28(4): 302-7
258. Sobanski, E. et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2007. 257(7): 371-7.
259. Davis, C. Attention deficit/hyperactivity disorder: associations with overeating and obesity. *Curr. Psychiatry Rep.* 2010. Oct.. 12(5):389-95.
260. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry.* 2009 Oct;54(10):673-83.
261. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, Castellanos FX. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry.* 2012 Dec;69(12):1295-303.
262. American Pediatric Association. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics.* 2011 Nov;128(5):1007-22.
263. Cortese S, Brown TE, Corkum P, Gruber R, O'Brien LM, Stein M, Weiss M, Owens J. Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Aug;52(8):784-96.
264. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil.* 2013 Jan-Feb;46(1):43-51. doi: 10.1177/0022219412464351.