

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) (comportement)	/4 /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 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 la 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.

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: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

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):							
Facteurs de stress: <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Extrême							
Sévérité de la difficulté		<input type="checkbox"/> Limite	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Prononcée	<input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Extrême
<input type="checkbox"/> Grande amélioration	<input type="checkbox"/> Nette amélioration	<input type="checkbox"/> Faible amélioration	<input type="checkbox"/> Aucun changement	<input type="checkbox"/> Faible détérioration	<input type="checkbox"/> Détérioration	<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

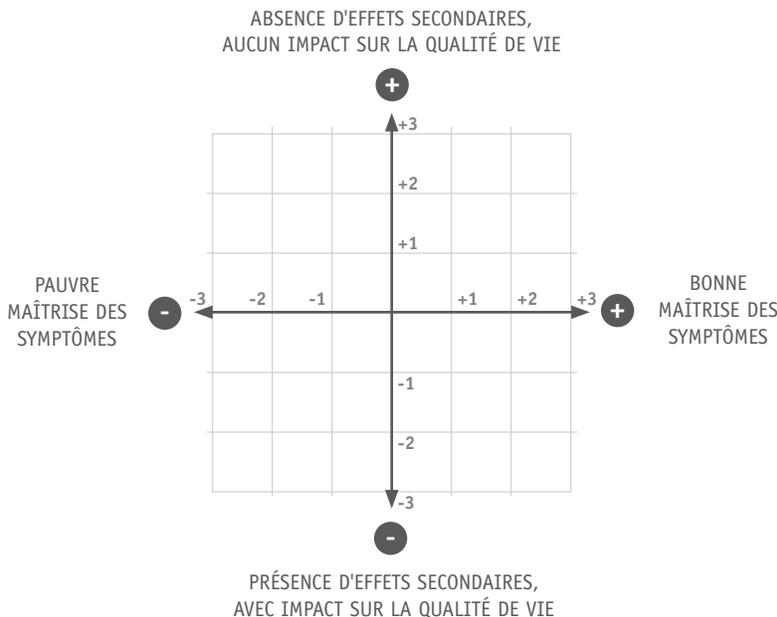
Sous médication depuis (période décidée avec votre médecin): _____ (date)

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:

1. Mettre un point sur la ligne noire horizontale indiquant le niveau de maîtrise des symptômes actuels entre -3 et +3.
2. 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).
3. 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. Veuillez 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 stressseurs 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 Déficient 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.