

# TROUSSE CADDRA EN VERSION IMPRIMÉE

Pour obtenir une version électronique (eTrousse) de la Trousse CADDRA d'évaluation du TDAH incluant des formulaires qui peuvent être remplis électroniquement et notés automatiquement, des options de navigation pratiques et des guides par étape de diagnostic et de traitement par groupe d'âge, veuillez commander la eTrousse sur clé USB ou le livre électronique au [www.caddra.ca](http://www.caddra.ca).

## Index des formulaires d'évaluation et de traitement, modèles et documents

### Formulaires pour l'évaluation, le traitement et le suivi

- SNAP-IV (Swanson, Nolan et Pelham, 4<sup>e</sup> version)
- ASRS (échelle d'auto-évaluation du TDAH chez l'adulte)
- WFIRS-P (échelle d'évaluation des déficits fonctionnels de Weiss par les parents)
- WFIRS-S (échelle d'auto-évaluation des déficits fonctionnels de Weiss)
- WSR II (Weiss Symptom Record II)
- Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant
- Formulaire CADDRA du clinicien pour le suivi du TDAH
- Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique
- Formulaire CADDRA pour le transfert de patients atteints d'un TDAH
- JDQ (Questionnaire sur la conduite automobile de Jerome)

### Formulaire CADDRA optionnel pour l'évaluation

- Formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH

### Modèles de lettres

- Lettre pour des accommodements scolaires
- Lettre pour des accommodements en milieu de travail

### Information pour le patient

- Information sur le TDAH et ressources

### Directives aux médecins pour remplir les différents questionnaires

- Directives pour l'ASRS
- Directives pour le SNAP- IV
- Directives pour le WFIRS
- Directives pour le WSR-II
- Directives pour le JDQ

### Visitez [www.caddra.ca](http://www.caddra.ca) pour obtenir :

- Guide sur les interventions psychosociales
- Tableau CADDRA des médicaments

# SNAP-IV 26 - ÉCHELLE D'ÉVALUATION POUR LE PARENT/PROFESSEUR

James M. Swanson, Ph.D., University of California, Irvine, CA 92715 (version française – non validée)

Nom: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Niveau scolaire: \_\_\_\_\_ Taille de la classe: \_\_\_\_\_

Complété par: \_\_\_\_\_ Parent \_\_\_\_\_ Professeur \_\_\_\_\_

Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant:	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 ADHD SELF-REPORT SCALE (ASRS-V1.1) SYMPTOM CHECKLIST

(version française - non validée)

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

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

# WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE – PARENT REPORT (WFIRS-P)

(version française - non validée)

Votre nom: \_\_\_\_\_

Votre lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Nombre d'énoncés notés 2 ou 3**

<b>A</b>	Famill			/
	Famille			
	Apprentissage			/
<b>B</b>	École			/
	Comportement			/
<b>C</b>	Aptitudes à la vie quotidienne			/
<b>D</b>	Self-concept			/
<b>E</b>	Fonctionnement social			/
<b>F</b>	Comportements à risque			/
	Total			/

**Pointage total**

<b>A</b>	Famille		/
	Apprentissage		/
<b>B</b>	École		/
	Comportement		/
<b>C</b>	Aptitudes à la vie quotidienne		/
<b>D</b>	Self-concept		/
<b>E</b>	Fonctionnement social		/
<b>F</b>	Comportements à risque		/
	Total		/

**Pointage moyen (N/A Articles non inclus au total)**

<b>A</b>	Famille		
	Apprentissage		
<b>B</b>	École		
	Comportement		
<b>C</b>	Aptitudes à la vie quotidienne		
<b>D</b>	Self-concept		
<b>E</b>	Fonctionnement social		
<b>F</b>	Comportements à risque		
	Total		

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

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

(version française – non validée)

Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Travail: \_\_\_\_\_ Temps plein \_\_\_\_ Temps partiel \_\_\_\_ Autre: \_\_\_\_\_

Études: \_\_\_\_\_ Temps plein \_\_\_\_ Temps partiel \_\_\_\_

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

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

**Nombre d'énoncés notés 2 ou 3**

**Pointage total**

**Pointage moyen (N/A Articles non inclus au total)**

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

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

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

## WEISS SYMPTOM RECORD II

PATIENT : \_\_\_\_\_

RÉPONDANT : \_\_\_\_\_

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

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

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



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

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

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

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

### SCORE MOYEN

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

INATTENTION	
HYPERACTIVITÉ ET IMPULSIVITÉ	
OPPOSITION	
DÉVELOPPEMENT ET APPRENTISSAGE	
SPECTRE AUTISTIQUE	
TROUBLES MOTEURS	
PSYCHOSE	
DÉPRESSION	
RÉGULATION DE L'HUMEUR	
SUICIDE	

ANXIÉTÉ	
TROUBLES RELIÉS AU STRESS	
TSPT	
SOMMEIL	
ALIMENTATION	
CONDUITE	
ABUS DE SUBSTANCES	
DÉPENDANCES	
PERSONNALITÉ	
AUTRES	

\*Calculé à partir de \_\_\_\_\_ questions répondues

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



Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ No de dossier \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant

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: \_\_\_\_\_

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
<b>LECTURE</b>						
a) Décodage						
b) Compréhension						
c) Maîtrise						
<b>ÉCRITURE</b>						
d) Écriture (manuscrite)						
e) Orthographe						
f) Syntaxe (phrase écrite)						
g) Composition (texte)						
<b>MATHÉMATIQUES</b>						
h) Calcul (précision)						
i) Calcul (maîtrise)						
j) Raisonnement						
<b>PERFORMANCE COMPORTEMENTALE EN CLASSE</b>	<b>Pauvre</b>	<b>Sous la moyenne</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Au-dessus de la moyenne</b>	<b>Supérieure</b>	<b>Ne s'applique pas</b>
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?

**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?

**Habiletés 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?

**Habiletés d'autonomie personnelle, indépendance, résolution de problèmes, activités quotidiennes:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ No de dossier: \_\_\_\_\_

Nom du Clinicien: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE CADDRA DU CLINICIEN POUR L'ÉVALUATION INITIALE ET LE SUIVI DU TDAH

Autre personne présente durant l'examen: \_\_\_\_\_

Clinicien: \_\_\_\_\_ Autre(s) thérapeute(s) impliqué(s): \_\_\_\_\_

Médicaments actuels:	Dose & fréquence	Effets thérapeutiques	Effets secondaires

**Adhésion au traitement:**  COMPLETE (prise de médicaments telle que prescrite)  PARTIELLE (doses manquées, n'a pas respecté la prescription)  AUCUNE (arrêté la prise de médicaments pour au moins 1 sem)

**Développement depuis le dernier rendez-vous:**

<u>Taille:</u>	<u>Poids:</u>	<u>TA:</u>	<u>Pouls:</u>
<u>Observations:</u>		<u>Opinion:</u>	

### Diagnostic psychiatrique:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH, Combiné                         | <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage   | <input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété | <input type="checkbox"/> Trouble des conduites       |
| <input type="checkbox"/> TDAH, Inattention                     | <input type="checkbox"/> Trouble du langage        | <input type="checkbox"/> Dépression        | <input type="checkbox"/> Personality Disorder/Traits |
| <input type="checkbox"/> Trouble d'opposition avec provocation | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> Tics              | <input type="checkbox"/> Autre _____                 |

### Problèmes médicaux:

- Facteurs de stress:**  Léger  Modéré  Sévère  Extrême
- Sévérité de la difficulté:**  Limite  Légère  Modérée  Prononcée  Sévère  Extrême
- Évolution:**  Grande amélioration  Nette amélioration  Faible amélioration  Aucun changement  Faible détérioration  Détérioration  Nette détérioration

<u>Plan de traitement:</u>	<b>Médication:</b>			
	Aucun changement <input type="checkbox"/>	Augmentation <input type="checkbox"/>	Baisse <input type="checkbox"/>	Changement <input type="checkbox"/>
<u>Psychologique/Autre:</u>	<u>École/Travail:</u>			
<u>Plan de suivi:</u>				

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Copie envoyée à:





Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ No. de Dossier: \_\_\_\_\_

Nom du clinicien: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE CADDRA DE SUIVI PHARMACOLOGIQUE

*Veillez compléter et apporter lors de votre prochain rendez-vous*

**LISTE DES MEDICAMENTS ACTUELS:** énumérer tous les médicaments actuels.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Veillez indiquer ci-dessous tous les changements survenus depuis le début du traitement :

<b>Maîtrise des symptômes du TDAH</b>						
-3	-2	-1	0	1	2	3
pire			aucun changement			mieux

<b>Tolérabilité de la médication (effets secondaires)</b>						
-3	-2	-1	0	1	2	3
pire			aucun changement			mieux

<b>Qualité de vie</b>						
-3	-2	-1	0	1	2	3
pire			aucun changement			mieux

Comment qualifieriez-vous l'ensemble des changements survenus depuis le début du traitement?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non-applicable (aucune prise de médicament) | <input type="checkbox"/> Nette amélioration   | <input type="checkbox"/> Faible amélioration |
| <input type="checkbox"/> Aucun changement                            | <input type="checkbox"/> Faible détérioration | <input type="checkbox"/> Nette détérioration |

**Commentaires:**

---

---

---

---

---

---

---

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

Effets secondaires	Fréquence				Commentaires
	Jamais	À l'occasion	Souvent	Jamais	
Perte d'appétit					
Perte de poids					
Gain de poids					
Maux d'estomac					
Nausée					
Vomissements					
Diarrhée					
Sécheresse (peau/yeux/bouche)					
Soif					
Maux de gorge					
Difficultés à dormir					
Tics					
Mal de tête					
Tensions musculaires					
Fatigue					
Vertiges					
Transpiration					
Agitation/excitation					
Irritabilité					
Changements d'humeur					
Trop focaliser «Effet zombie»					
Tristesse					
Palpitations cardiaques					
Changements significatifs de la pression artérielle (plus faible ou plus élevée)					
Urine fréquemment					
Dysfonction sexuelle					
Se sent pire ou différemment lorsque la médication s'estompe (rebond)					
Autre:					

**Points à discuter lors de votre prochain rendez-vous :**

---



---



---



---



---



Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ No de dossier: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE CADDRA POUR LE TRANSFERT DE PATIENTS ATTEINTS D'UN TDAH

Autres médecins et services impliqués pour les soins:

Médicament (Actuel & Antérieur)	Actuel	Dosage actuel Dosage max. pendant l'essai	Durée de l'essai	Raison de l'arrêt du médicament

Adhésion au traitement. Commentaires:

Grandeur: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_ Pression artérielle: \_\_\_\_\_ Pouls: \_\_\_\_\_

### Comorbidités:

- Trouble d'anxiété
- Trouble de l'humeur
- Trouble des conduites
- Trouble d'opposition avec provocation
- Tics
- Trouble d'apprentissage
- Troubles du spectre autistique
- Troubles du langage
- Trouble/traits de personnalité
- Déficience intellectuelle
- Syndrome d'alcoolisation fœtale
- Toxicomanie
- Autre

Commentaires:

Sévérité des impacts fonctionnels du TDAH: \_\_\_ Léger \_\_\_ Modéré \_\_\_ Sévère

Commentaires:
Diagnostic médical:
Plan de traitement:

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Copie à être envoyée à: \_\_\_\_\_

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

À être complété par le conducteur

Nom du conducteur: \_\_\_\_\_

Date du naissance: \_\_\_\_\_ Complété le: \_\_\_\_\_

Inscrire tous médicaments pris et leur dosage respectif incluant les médicaments sans prescription avec dose en mg si connue:	
1.	2.
3.	4.
5.	6.

## ANTÉCÉDENTS DE CONDUITE AUTOMOBILE - PARTIE A

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

1. À quel âge avez-vous obtenu votre permis de conduire? \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois
2. Combien de fois cela vous a pris pour obtenir votre permis de conduire?  1  2  3  ou plus
3. Depuis combien de temps conduisez-vous? \_\_\_\_\_ années
4. En moyenne, combien de temps conduisez-vous par jour?  <1 heure  1-2 heures  >2 heures
- 5a. Estimer les kilomètres/miles conduits en ville au cours du dernier mois \_\_\_\_\_ km
- 5b. Estimer les kilomètres/miles conduits sur l'autoroute au cours du dernier mois \_\_\_\_\_ km
- 6a. Combien de fois avez-vous été impliqué dans des accidents comme passager?  1  2  3  ou plus
- 6b. Combien de fois avez-vous été impliqué dans des accidents comme conducteur?  1  2  3  ou plus
7. Depuis que vous conduisez, combien de fois avez-vous été déclaré responsable d'un accident? \_\_\_\_\_
- 8a. Depuis que vous conduisez, combien de fois votre permis de conduire a-t-il été révoqué ou suspendu? \_\_\_\_\_
- 8b. Combien de fois avez-vous conduit alors que votre permis était suspendu?  1  2  3  ou plus
9. Avez-vous déjà fait des balades en voiture (joy riding)?  
 Comme conducteur avant l'obtention de votre permis de conduire?  Comme passager avec un conducteur qui n'avait pas de permis valide?  
 Comme passager alors que le conducteur était sous l'effet de l'alcool et/ou de drogue?  Comme conducteur sous l'effet de l'alcool et/ou de drogue?
10. Combien de contraventions de stationnement avez-vous reçues depuis que vous conduisez? \_\_\_\_\_
11. Combien de contraventions pour excès de vitesse avez-vous reçues depuis que vous conduisez? \_\_\_\_\_
12. Combien de contraventions pour manquement d'effectuer un arrêt ou de respecter un panneau de signalisation avez-vous reçues depuis que vous conduisez? \_\_\_\_\_
13. Combien de contraventions pour conduite dangereuse avez-vous reçues depuis que vous conduisez? \_\_\_\_\_
14. Depuis que vous conduisez, combien de fois avez-vous heurté un piéton ou un cycliste en conduisant? \_\_\_\_\_
15. Combien de contraventions pour conduite en état d'ébriété avez-vous reçues depuis que vous conduisez? \_\_\_\_\_
16. Vos primes d'assurance-automobile ont-elles augmenté dû à vos problèmes de conduite automobile?  Oui  Non
17. Vous a-t-on refusé de l'assurance-automobile en raison de vos problèmes de conduite automobile?  Oui  Non

# ANTÉCÉDENTS DE CONDUITE AUTOMOBILE - PARTIE B

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

Complété le: \_\_\_\_\_ Complété par: \_\_\_\_\_

## Directives

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

### Encercler les réponses applicables aux deux questions suivantes:

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

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

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

Infractions routières: \_\_ Oui \_\_ Non

Collision(s): \_\_ Oui \_\_ Non

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

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



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: H \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Niveau scolaire (actuel/dernier complété): \_\_\_\_\_

Occupation actuelle: Étudiant \_\_\_\_\_ Sans emploi \_\_\_\_\_ Invalidité \_\_\_\_\_ Profession: \_\_\_\_\_

État civil: enfant/adolescent OU Adulte adulte célibataire \_\_\_\_\_ marié \_\_\_\_\_ conjoint de fait \_\_\_\_\_ séparé \_\_\_\_\_ divorcé \_\_\_\_\_

Origine ethnique: (Optional): \_\_\_\_\_

Autre personne contact: \_\_\_\_\_ Téléphone du patient: \_\_\_\_\_

### Information démographique

	Père biologique (si connu)	Mère biologique (si connue)	Époux(se)/Conjoint(e)(si applicable)
Nom			
Profession			
Dernier niveau scolaire complété:			

Adopté(e): Non \_\_\_\_\_ 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 recompose: \_\_\_\_\_

Langue parlée: À la maison: Français \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ No de dossier: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux**

Allergies: Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Détails: \_\_\_\_\_

**Antécédents cardiovasculaires:**

- hypertension
- tachycardie
- arythmie autre:
- dyspnée
- évanouissements
- douleurs à la poitrine après effort
- Autre

Risques cardiovasculaires spécifiques identifiés: Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Détails: \_\_\_\_\_

**Résultats de laboratoire ou ECG positifs:**

**Histoire médicale positive:**

- Exposition in utero à la nicotine, alcool ou drogue
- Stigmates/effets du SAF
- Anoxie/complications périnatales
- Retard de développement
- Problèmes de coordination
- Dysfonction motrice cérébrale
- Empoisonnement au plomb
- Neurofibromatose
- Dystrophie musculaire
- Autre syndrome génétique
- Troubles visuels/auditifs
- Trouble de la thyroïde
- Diabète
- Retard de croissance
- Anémie
- Traumatisme crânien
- Convulsions
- Énurésie
- Blessures
- Apnée du sommeil
- Tourette/tics
- Hypertrophie des adénoïdes ou des amygdales
- Asthme
- Troubles du sommeil
- Symptômes secondaires à des causes médicales
- Complications médicales de la consommation de drogues/alcool

Autre/Détails:

**Historique des médicaments**

Assurance médicaments complete: Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Détails: \_\_\_\_\_

Publique \_\_\_\_\_ Privée \_\_\_\_\_ Traitements psychologiques couverts: Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Détails \_\_\_\_\_

**Adhésion au traitement/attitude à l'égard des médicaments:**

Difficulté à avaler les pilules: Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_  
(Si applicable: contraception) Non \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ No de dossier: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ 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 inexplicables
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 cœur, 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					
ORL					
Respiratoire					
GI et GU					
Cardiovasculaire					
Musculo-squelettiques					
Immunologique et Hématologiques					
Neurologique					

Endocrinien					
Dysmorphie faciale					
Autre					
<b>Poids:</b> Chez les enfants: percentile	<b>Taille:</b> Chez les enfants: percentile	<b>Circonférence tête:</b> (Seulement pour enfants)	<b>TA:</b>	<b>Pouls:</b>	
<b>Résultats pertinents à l'examen:</b> (Détails)					

### Antécédents psychiatriques:

Évalué alors que enfant/adolescent/adulte?	No _____ Oui _____	Par: _____
Diagnostics antérieurs:		
Tentatives de suicide ou gestes de violence envers les autres:	Oui _____ Non _____	Détails:
Traitements psychologiques:	Oui _____ Non _____	
Évaluation/hospitalisation psychiatrique antérieure:	Oui _____ Non _____	

### Historique du développement

Problèmes durant la grossesse: Non _____ Oui _____	Détails::
_____ à la date prévue _____ prématuré (# de sem.: _____)	
Accouchement: _____ en retard (# de sem.: _____) _____ forceps utilisés	
_____ césarienne _____ siège	
Difficultés de motricité globale: ramper, marcher, deux roues, gym, sports: Non _____ Oui _____	
Difficultés de motricité fine: tracer, attacher lacets, dessiner, écrire: Non _____ Oui _____	
Difficultés de langage: premier langage, premiers mots, phrases complètes, bégaiement: Non _____ Oui _____	
Comportements étranges notés (par exemple se balancer sur place, claquer des mains, aucun contact visuel, jeu étrange, se frappe la tête): Non _____ 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:  Non  Oui  dyslexie  dysorthographe  dyscalculie  dysphasie  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: \_\_\_\_\_

#### **Antecedents familiaux positifs:**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH (probable)                | <input type="checkbox"/> TDAH (confirmé)      | <input type="checkbox"/> Troubles d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle  |
| <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            | Tourette/Tics                                 | <input type="checkbox"/> Épilepsie                | <input type="checkbox"/> Problèmes d'alcool/drogues |
| <input type="checkbox"/> Antécédents judiciaires        |   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                            |

 Antécédents de mort cardiaque prématurée

Arythmies connues

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: \_\_\_\_\_ Temps nécessaire pour s'endormir: \_\_\_\_\_ Heure de réveil: \_\_\_\_\_  
# heures de sommeil: \_\_\_\_\_ Mélatonine: Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

**Troubles du sommeil?**

Résistance au coucher:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	Régularité:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Somnolence diurne excessive:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	Ronflement:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Réveil:	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui					

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			
Témoin de violence			
Trauma			
Abus physique			
Abus émotionnel			
Abus sexuel			
Placement en famille d'accueil			
Pertes significatives			
Maladie			

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

<b>Fonctionnement social</b> (selon l'âge du sujet, certains peuvent ne pas s'appliquer). <b>Donner fréquence et/ou détails:</b>	
<b>Forces du patient</b>	
<b>Activités, loisirs</b>	
<b>Amis</b> (par exemple jouer avec des amis, fêtes, événements sociaux)	
<b>Habilités sociales</b> (par exemple compassion, empathie)	

<b>Humour</b>	
<b>Gestion de la colère</b> (par exemple agression, intimidation)	
<b>Intelligence émotionnelle</b> (par exemple contrôle émotionnel, conscience)	
<b>Identité sexuelle</b>	

**Fonctionnement à l'école** (si ne fréquente pas l'école, indiquer les antécédents scolaires):

Nom de l'école: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Français langue seconde \_\_\_\_\_ Plan d'enseignement individualisé \_\_\_\_\_ Classe

\_\_\_\_\_ Spécialisée Désignation spécialisée Détails: \_\_\_\_\_

	Maternelle – 8e année	École secondaire
<b>Bulletins scolaires</b>		
<b>Commentaires sur bulletin</b>		
<b>Problèmes de comportement</b>		
<b>Relations avec les pairs</b>		
<b>Relations enseignant-enfant</b>		
<b>Relations enseignant-parents</b>		
<b>Attitudes face aux devoirs</b>		
<b>Sens de l'organisation</b>		
<b>Réalise son potentiel/difficultés</b>		
<b>Expression écrite</b>		
<b>Accommodements</b>		
<b>Tutorat et/ou aide pour apprentissage</b>		
<b>Aides technologiques</b>		
<b>CEGEP/Université</b>		
<b>Accommodements:</b>		
<b>Réalise son potentiel/difficultés:</b>		
<b>Fonctionnement au travail</b> (selon l'âge du sujet, certains points peuvent ne pas s'appliquer). <b>Donner fréquence et/ou détails:</b>		
<b>Statut d'emploi actuel:</b>	TP	Tpartiel Sans emploi Travailleur autonome Contrat Invalidité

Évaluation sur le plan professionnel: _____ Non _____ 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

(Administrer 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: SNAP-IV Weiss Symptom Record II (WSRII) Autre \_\_\_\_\_

symptômes actuels du TDAH: SNAP- IV (pour enfant) ASRS (pour adulte) Autre \_\_\_\_\_

### 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	TPP /8	TC* /15
<b>ACTUELS</b>				
Parent	IA /9	HI /9	TPP /8	TC* /15
Patient	IA /9	HI /9	TPP /8	TC* /15
Enseignant	IA /9	HI /9	TPP /8	TC* /15
Collatéral	IA /9	HI /9	TPP /8	TC* /15
<b>Dx autre trouble comorbide*</b>				

\* 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) (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) – Optionnel

WEISS FUNCTIONAL INVENTORY RATING SCALE (WFIRS) (version française – non validée) (noter le nombre de points évalués 2 ou 3, encercler lorsque vous percevez un problème)							
Parent	Famille /10	École (apprentissage) /4		Trouble d'opposition avec provocation /8		Trouble des conduites* /15	
		(comportement) /6					
Soi-même	Famille /8	Travail /11	École /10	Compétences de la vie /12	Concept de soi /5	Social /9	Risque /14

## AUTRES ÉCHELLES

Évaluation psychométrique – Faite?  Non  Oui  Demandée Date(s) des tests: \_\_\_\_\_

Résultats des tests d'intelligence:  sous la moyenne  limite  moyenne inférieure  moyenne  
 moyenne supérieure  supérieur à la moyenne  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 _____

Achievement tests Score: -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					
Symptômes actuels du TDAH					
Information collatérale					
Observations cliniques					
Antécédents familiaux (parenté de premier degré)					
Révision des bulletins scolaires					
Évaluations psychiatriques antérieures					
Évaluations psychométriques/ psychologiques					
	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					
Complications postnatales					
Tempérament lorsque jeune enfant					

Principales étapes du développement					
Stresseurs psychosociaux avant l'âge de 12 ans					
Accidents et blessures (particulièrement à la tête)					
Traumatisme majeur avant l'âge de 12 ans (par exemple abus physique, sexuel, négligence)					
Utilisation de substances					
Autres troubles psychiatriques					
Autres troubles médicaux					

**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
<b>Psychoéducation</b>				
Éducation du patient				
Éducation des parents				
Info pour l'école				
Documents d'information remis				
<b>Médical</b>				
Examen physique				
Examen cardio-vasculaire				
Évaluations de base				
Examens de laboratoire				
Autre				
<b>Interventions pharmacologiques</b>				
Discussion des options pharmacologiques				
Traitement pharmacologique				
<b>Interventions non pharmacologiques</b>				
Évaluation psychologique				
Gestion des habiletés sociales				



Gestion de la colère				
Gestion de la dépendance				
Thérapie comportementale				
Thérapie cognitive-comportementale				
Formation spécifique-habiletés parentales				
Référence en ergothérapie				
Thérapie du langage				
<b>Pédagogique &amp; Professionnel</b>				
Évaluation en psychologie ou neuropsychologie ou en orthophonie				
Accommodements à l'école/éducation spécialisée				
Évaluation sur le plan professionnel				
Accommodements au travail				
<b>Formulaires particuliers à remplir</b>				
Crédits d'impôt de l'Agence canadienne du Revenu				
Assurance				
Autre				

Signature du médecin: \_\_\_\_\_ **Date:** \_

Copie envoyée à: \_\_\_\_\_ No de télécopieur: \_

## MODÈLE-CADDRA : LETTRE POUR DES ACCOMMODEMENTS SCOLAIRES

Remarque : Ce modèle doit être adapté au besoin

[Nom/Adresse du professionnel de la santé]

[Date]

[Nom/Adresse de l'établissement scolaire]

Objet : Nom de l'élève /étudiant

Madame, Monsieur,

Je vous écris pour vous informer que votre élève /étudiant a reçu un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (*indiquer la présentation*) avec des atteintes fonctionnelles significatives nécessitant des accommodements scolaires. Ce diagnostic est basé sur les informations suivantes :

- Entrevue clinique de diagnostic
- Échelles d'évaluation normalisées
- Autres documents disponibles (par exemple bulletins scolaires, évaluations antérieures)
- Autre : \_\_\_\_\_

À la suite de mon évaluation clinique, je recommande qu'un plan pédagogique soit élaboré pour votre élève/étudiant , afin de s'assurer de répondre à ses besoins d'apprentissage. Des accommodements supplémentaires peuvent être ajoutés après consultation avec les services d'aide aux élèves de votre établissement. Des exemples d'accommodements sont accessibles à le site CADDAC (Centre for ADHD Awareness Canada):

- Enfants / adolescents – ADHD Accommodations and Teaching Strategies (en anglais)  
[caddac.ca/adhd/understanding-adhd/in-education/classroom-accommodations](http://caddac.ca/adhd/understanding-adhd/in-education/classroom-accommodations)
- Étudiants de niveau postsecondaire – Post-Secondary Impairments /Accommodations (en anglais)  
[caddac.ca/adhd/understanding-adhd/in-education/post-secondary-in-education](http://caddac.ca/adhd/understanding-adhd/in-education/post-secondary-in-education)

Des accommodements et de l'aide peuvent être nécessaires concernant :

- Apprentissages, par exemple directives précises, répéter souvent, clarifier fréquemment, désigner une place choisie pour asseoir l'élève, aide d'un tuteur, fournir plus de pauses, copies écrites des notes;
- Travaux, par exemple diviser la tâche en plus petites parties, revoir avec l'élève les travaux à faire afin de s'assurer que les directives ont été bien comprises, flexibilité des dates d'échéance;
- Tests et examens, par exemple environnement calme, clarifier les questions, délai additionnel, utilisation d'un ordinateur, faire les examens en début de journée.

Je vous remercie de votre précieuse collaboration. N'hésitez pas à communiquer avec moi si vous avez des questions supplémentaires.

Cordialement,

---

Nom du clinician

## MODÈLE-CADDRA : LETTRE POUR DES ACCOMMODEMENTS EN MILIEU DE TRAVAIL

Remarque : Ce modèle doit être adapté au besoin

[Nom/Adresse du professionnel de la santé]

[Date]

[Adresse de l'employeur]

Objet : [Nom de l'employé(e)]

Madame, Monsieur,

Je vous écris pour vous informer que votre employé(e) a reçu un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) avec des atteintes fonctionnelles significatives nécessitant des accommodements en milieu de travail.

Une évaluation clinique a montré que votre employé(e) devrait bénéficier d'un certain nombre d'accommodements en milieu de travail, afin de s'assurer de répondre à ses besoins et qu'il puisse recevoir le support nécessaire pour remplir ses responsabilités professionnelles. La législation provinciale et fédérale sur les droits de la personne exige que des accommodements raisonnables pour les personnes handicapées leur soient offerts dans leur milieu de travail.

Vous trouverez ci-dessous une liste d'accommodements qui peuvent être utiles. Dans certains cas, une consultation avec des spécialistes dans ce domaine pourrait être nécessaire. D'autres exemples d'accommodements en milieu de travail sont offerts sur le site du CADDAC ([www.caddac.ca](http://www.caddac.ca)) ADHD in the Workplace.: [caddac.ca/adhd/understanding-adhd/in-adulthood/adhd-in-the-workplace](http://caddac.ca/adhd/understanding-adhd/in-adulthood/adhd-in-the-workplace).

- **Planification et organisation**, par exemple créer des guides de travail pour les employés sur les tâches et les séquences, organiser des réunions régulières avec les superviseurs, fournir des rappels pour les dates d'échéance;
- **Gestion du temps**, par exemple utiliser des minuteries, planifier des pauses pendant les journées de travail, permettre aux employés de travailler aux moments où ils sont les plus productifs;
- **Environnement de travail**, par exemple réduire les distractions, utiliser des « post-it » comme aide-mémoires et rappels, utiliser des écouteurs;
- **Gestion des activités**, par exemple varier le type de travail, effectuer des tâches physiques ou sociales;
- **Utilisation de la technologie et autres types d'aide externe**, par exemple agendas, applications pour téléphones intelligents, logiciels de dictée et d'apprentissage;
- **Implication des autres employés**, par exemple système de jumelage/mentor, travail d'équipe, soutien administratif.

Je vous remercie de votre précieuse collaboration. N'hésitez pas à communiquer avec moi si vous avez des questions supplémentaires.

Cordialement,

---

Nom du clinician

## Information sur le TDAH & Ressources

### Le TDAH, c'est quoi?

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental. Les symptômes apparaissent pendant l'enfance et peuvent continuer à l'âge adulte. Les personnes atteintes d'un TDAH ont de la difficulté à maintenir leur attention, à contrôler leur impulsivité et leur envie de bouger. Même leurs émotions peuvent être hypersensibles.

Le TDAH touche environ un enfant sur vingt. Plus de la moitié des enfants atteints garderont des symptômes significatifs à l'âge adulte. Les adultes avec un TDAH sont facilement distraits, ont la bougeotte des idées, ont de la difficulté à s'organiser et avec la procrastination. Ils ont de la difficulté à commencer puis terminer leurs tâches et à contrôler leur impulsivité, de même que leurs comportements. Certains ont aussi de la difficulté à moduler l'intensité de leur réponse émotionnelle ce qui peut entraîner d'être étiquetés comme «être à fleur de peau», «hypersensible» ou «avoir la mèche courte». Il arrive très souvent que les personnes atteintes d'un TDAH 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 (cannabis, cocaïne, amphétamines «speed»). 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.

### Quelles sont les causes du TDAH?

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

Le TDAH est un trouble neurologique. Il n'est pas provoqué par une mauvaise éducation parentale ou par des stresseurs psychologiques. Cependant, l'environnement peut en moduler l'expression et l'évolution.

Le TDAH est caractérisé par un dysfonctionnement de certains mécanismes de transmission impliquant des neurotransmetteurs (comme la dopamine et la noradrénaline) qui sont essentiels au bon fonctionnement du cerveau. La transmission de l'information dans le système nerveux semble atteinte comme si les feux de circulation étaient défectueux.

Des études du fonctionnement du cerveau chez les personnes atteintes d'un TDAH ont mis en évidence un mauvais fonctionnement des zones responsables 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. Lorsque le TDAH est bien traité, le traitement permet de diminuer les symptômes et d'améliorer le fonctionnement.

### Pourquoi obtenir une évaluation de diagnostic?

Les personnes qui ont de la difficulté à se concentrer ou qui ont la bougeotte ne souffrent pas nécessairement d'un TDAH. Le TDAH est un diagnostic médical qui nécessite une évaluation complète. Malheureusement, il n'existe pas de test spécifique.

Les patients consultent un médecin pour différentes raisons: un enseignant peut recommander aux parents de consulter si l'élève a de la difficulté à se concentrer en classe ou s'il est hyperactif.

### En quoi consiste l'évaluation de diagnostic?

L'évaluation diagnostique se fait par un entretien avec le patient et/ou les personnes qui le connaissent bien (parents, conjoint, enseignants, etc.) où les symptômes et les difficultés sont discutés. Les évaluations psychologiques peuvent aider à évaluer si la personne présente un trouble d'apprentissage et/ou explorer la contribution de troubles sociaux. 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. Il est essentiel d'examiner également les conditions et les problèmes associés en vue d'établir un plan de traitement efficace et personnalisé. 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.

Un diagnostic de TDAH peut expliquer les symptômes. L'acceptation du diagnostic peut être difficile et prendre du temps, mais les personnes atteintes d'un TDAH et leur famille sont souvent soulagées de connaître la cause du problème. Les parents se sentent libérés du fardeau de culpabilité. Élever un enfant avec un TDAH peut être exigeant et difficile, mais le TDAH n'est pas causé par une mauvaise éducation parentale.

Un diagnostic de maladie chronique est rarement bienvenu, mais il ouvre la porte au traitement.

### Quel est le traitement pour le TDAH?

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'élève et l'école doivent travailler ensemble pour mettre en œuvre des stratégies d'apprentissage et de nouvelles méthodes éducatives parentales. 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. Les cliniciens peuvent aussi recommander des accommodements scolaires. Les personnes atteintes d'un TDAH et leur famille devraient être habilitées à prendre des décisions éclairées concernant tous les aspects du traitement.

Quand les symptômes du TDAH demeurent handicapants, un traitement pharmacologique peut aider. Les médicaments pour le TDAH peuvent améliorer la capacité de se concentrer en facilitant le flux de signaux nerveux, favorisant une meilleure transmission de l'information. L'essai de plus d'un médicament et de plusieurs concentrations peuvent être nécessaires avant de trouver la solution optimale. Aucune décision de traiter avec des médicaments n'est définitive, et on suggère d'évaluer les effets des médicaments au moins deux fois par an.

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 sont la perte d'appétit et les troubles du sommeil. Ceux prenant des stimulants peuvent devenir trop calme ou triste si la dose est trop forte 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. Dans certains cas, d'autres types de médicaments peuvent être envisagés si le traitement pharmacologique normal pour le TDAH ne fonctionne pas.

Une fois le bon médicament et la bonne dose obtenus, une autre évaluation devrait être effectuée pour décider si des interventions additionnelles sont nécessaires. La présence d'un trouble de l'humeur surajouté ou d'un trouble anxieux 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. (Les effets spécifiques de ces produits pour le TDAH n'ont pas encore été étudiés.) 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.

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.

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, toute personne est unique. La seule façon de déterminer l'impact sur votre enfant ou sur vous-même est de procéder à un essai thérapeutique sous supervision.

Pour plus de renseignements sur les médicaments pour le TDAH, veuillez consulter le site de CADDRA ([www.caddra.ca](http://www.caddra.ca)).

#### Ressources en ligne:

[www.caddac.ca](http://www.caddac.ca) (Centre for ADHD Awareness, Canada)

<http://www.attentiondeficit-info.com> (Quebec, bilingual)

[www.associationpanda.qc.ca/](http://www.associationpanda.qc.ca/) (Quebec, in French)

[www.chadd.org](http://www.chadd.org) (U.S. website)

# 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 en 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:

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](http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php)

# Directives pour la notation du SNAP-IV Rating Scale

L'échelle SNAP-IV, qui contient 26 questions, est une version abrégée du questionnaire SNAP (Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire) (Swanson, 1992; Swanson et al., 1983). Cette échelle comprend les critères du DSM-IV du trouble du déficit 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 DSM-IV du trouble oppositionnel avec provocation (questions 19 à 26), étant donné que les enfants atteints d'un TDAH souffrent souvent de ce trouble.

La gravité des symptômes est évaluée sur une échelle de 0 à 3. Les réponses sont cotées comme suit:

Jamais = 0

Parfois = 1

Souvent = 2

Très souvent = 3

Les résultats dans chacun des trois sous-ensembles (inattention, hyperactivité/impulsivité et trouble oppositionnel avec provocation) sont calculés. Voici une suggestion de ligne directrice de notation:

## Questions 1 – 9: inattention

< 13/27 = Symptômes non significatifs sur le plan clinique

13 – 17 = Symptômes faibles

18 – 22 = Symptômes modérés

23 – 27 = Symptômes graves

## Questions 10 – 18: hyperactivité/impulsivité

< 8/24 = Symptômes non significatifs sur le plan clinique

8 – 13 = Symptômes faibles

14 – 18 = Symptômes modérés

19 – 24 = Symptômes graves

## Objectifs suggérés:

<13/27 pour inattention

<13/27 pour hyperactivité/impulsivité

<8/24 pour trouble oppositionnel avec provocation

Si désiré, la note moyenne pour chaque sous-ensemble peut être calculée en additionnant les résultats des questions du sous-ensemble et en divisant le total par le nombre de questions. La moyenne peut être comparée aux résultats limites suggérant un TDAH retrouvés dans les études.

	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

<i>TDAH-Inattention</i>	<i>TDAH-Hyperactifé /Impusivité</i>	<i>Trouble oppositionnel avec provocation</i>
#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



## Information et directives pour WFIRS

L'échelle *Weiss Functional Impairment Rating Scale* (WFIRS) est un instrument conçu pour évaluer l'impact du TDAH ou des troubles émotionnels et de comportement sur le fonctionnement de l'individu. Il existe deux versions de cette échelle. La version parentale est utilisée pour évaluer les atteintes fonctionnelles dans les sphères de la vie de l'enfant ou de l'adolescent: famille, école, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque. La version auto-évaluation est utilisée par les adolescents ou les adultes pour évaluer les atteintes fonctionnelles dans les sphères suivantes: famille, école et/ou travail, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque. Cela prend environ cinq minutes à remplir. Chaque item est noté de 0 (jamais), 1 (peu), 2 (souvent) ou 3 (très souvent) selon le niveau des atteintes des troubles émotionnels et de comportement sur le fonctionnement de l'individu pendant le dernier mois. Une sphère sera considérée atteinte si deux items sont notés 2 ou un item est noté 3. Les items qui ne sont pas pertinents à l'individu sont notés «non applicable» et ils ne sont pas inclus dans le calcul total.

L'échelle est conviviale pour les cliniciens, leur permettant rapidement d'identifier les sphères qui sont atteintes de façon significative avant et après un traitement, tout en comparant ces données lors de l'entrevue clinique. L'échelle WFIRS ne comporte pas d'items redondants avec les symptômes du TDAH, ce qui permet d'évaluer de façon indépendante les symptômes et le fonctionnement.

L'échelle a été validée en clinique et en recherche, dans sept pays et dans plusieurs langues, de même que pour tous les groupes d'âge (Canu et al. 2016; Gajria et al. 2015; Punyapas et al. 2015; Takeda et al. 2016; Tarakcioglu et al. 2015; Weiss et al. 2007). Cet instrument a été traduit en 18 langues. Peu importe les différences culturelles, de population, de langue et d'âge, les propriétés psychométriques de cette échelle ont été cohérentes parmi toutes les études. La cohérence interne est de  $> 0.8$  pour l'échelle et toutes les sphères, à l'exception de celle des comportements à risque qui est  $> .7$ . L'échelle a une validité convergente modérée avec des symptômes, des mesures de la qualité de vie, d'autres mesures des atteintes fonctionnelles et des mesures des activités de la vie quotidienne, ce qui permet de penser que, même s'il y a chevauchement, il s'agit néanmoins de concepts distincts. L'échelle différencie les enfants atteints d'un TDAH des sujets témoins et les différents niveaux de gravité du TDAH. L'analyse factorielle confirme la structure factorielle. Il fut démontré que l'échelle était sensible aux changements comparables à ceux observés avec l'amélioration des symptômes du TDAH associée au traitement pharmacologique, et l'amélioration du fonctionnement est modérément liée à l'amélioration des symptômes (Gajria et al. 2015). Les caractéristiques du fonctionnement du récepteur indiquent un résultat moyen de 0,65 en tant qu'atteintes fonctionnelles distinctives chez les enfants atteints d'un TDAH par rapport aux sujets témoins (Thompson et al., 2016), ce qui en fait une limite raisonnable pour les atteintes fonctionnelles dans les études de recherche. La différence minimale importante identifiant une amélioration cliniquement significative est un résultat moyen de 0,25 (Hodgkins et al., 2016). L'échelle a maintenant été utilisée dans multiples essais cliniques de médicaments et de traitements psychosociaux (Sasser et al., 2016).

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

- 
- Canu WH, Hartung CM, Stevens AE, Lefler EK (2016) Psychometric Properties of the Weiss Functional Impairment Rating Scale: Evidence for Utility in Research, Assessment, and Treatment of ADHD in Emerging Adults *J Atten Disord* doi:10.1177/1087054716661421
- Gajria K et al. (2015) Psychometric validation of the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report Form in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder Health and quality of life outcomes 13:184 doi:10.1186/s12955-015-0379-1
- Hodgkins P, Lloyd A, Erder MH, Setyawan J, Weiss MD, Sasane R, Nafees B (2016) Estimating minimal important differences for several scales assessing function and quality of life in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder *CNS Spectr*:1-10 doi:10.1017/S1092852916000353
- Punyapas S, Pornnoppadol C, Boon-yasidhi V, Likhitkiatikhachorn P Reliability and Validity of the Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS) - Thai version in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: 5th World Congress on ADHD, Glasgow, Scotland, May 28, 2015 2015. World Federation of ADHD,
- Sasser T, Schoenfelder EN, Stein MA (2016) Targeting Functional Impairments in the Treatment of Children and Adolescents with ADHD *CNS Drugs* doi:10.1007/s40263-016-0400-1
- Takeda T, Tsuji Y, Kanazawa J, Sakai T, Weiss MD (2016) Psychometric properties of the Japanese version of the Weiss Functional Impairment Rating Scale: Self-Report *Atten Defic Hyperact Disord* doi:10.1007/s12402-016-0213-6
- Tarakcioglu MC, Memik NC, Olgun NN, Aydemir O, Weiss MD (2015) Turkish validity and reliability study of the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report *Atten Defic Hyperact Disord* 7:129-139 doi:10.1007/s12402-014-0158-6
- Thompson, T., et al. (2016). "The Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Form for assessing ADHD: Evaluating diagnostic accuracy and determining optimal thresholds using ROC analysis." *Quality of Life Research*.
- Weiss MD, Brooks BL, Iverson GL, Lee B, Dickson R, Gibbins C, Wasdell M Reliability and Validity of the Weiss Functional Impairment Rating Scale. NRP-113. In, 2007 2007. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,

## Directives pour le WSR-II

Le WSR-II est un outil clinique de dépistage qui facilite la collecte efficace d'informations sur les symptômes pour des troubles psychiatriques spécifiques. L'échelle est conçue pour être neutre, peu importe l'âge et le sexe du patient, afin qu'elle puisse être utilisée comme auto-évaluation par le patient adulte ou adolescent, et comme rapport pour l'enseignant ou pour le parent. Elle permet de recueillir des informations selon divers paramètres et de comparer directement les renseignements obtenus par les différentes personnes, dont certaines peuvent ne pas être présentes à l'entrevue.

Cet outil couvre un large éventail de diagnostics courants, et un examen visuel rapide du questionnaire rempli permet au clinicien de déterminer les domaines les plus préoccupants pour l'évaluation de l'état mental. L'échelle permet aux cliniciens qui traitent des adultes d'identifier les troubles qui débutent lors de l'enfance, et les troubles d'adultes apparaissant précocement chez les enfants, avec la possibilité de comparer les rapports provenant de plusieurs personnes. L'échelle peut également être donnée à la fois aux adolescents et aux adultes comme auto-évaluation, et également aux autres intervenants tels que les enseignants, les parents et les conjoints.

L'utilisation du WSR-II permet aussi de s'assurer que des éléments particulièrement cliniquement proéminents comme par exemple des idées suicidaires, des obsessions, des abus de substances, ne passent pas inaperçus.

### Notation :

Tout énoncé coté 2 ou 3 (dans la section ombragée) devrait être considéré comme à risque, et nécessite une évaluation clinique plus approfondie. Chaque sous-groupe diagnostique reçoit un pointage moyen de 0 à 3 permettant aux cliniciens de comparer les résultats entre sous-groupes diagnostiques, entre répondants, ou dans le temps. Un pointage de 1,5 (entre léger et moyen), calculé en faisant la moyenne de tous les énoncés de cette catégorie, en excluant les énoncés

« non applicables », est considéré comme le seuil qui devrait alerter les cliniciens au risque élevé pour le patient de recevoir ce diagnostic.

# LE QUESTIONNAIRE SUR LA CONDUITE AUTOMOBILE DE JEROME (JDQ)

## Information et directives

### Pourquoi l'utiliser?

La littérature parle d'un risque accru de collisions de véhicules automobiles et d'infractions routières chez les jeunes conducteurs atteints d'un TDAH<sup>1</sup>. Les lignes directives de l'Association médicale canadienne<sup>2</sup> recommandent que les médecins canadiens soient conscients que le TDAH est une condition à signaler si les patients ont démontré des problèmes de conduite automobile. Les médecins doivent considérer qu'ils ont le devoir d'avertir les conducteurs à haut risque des dangers de la conduite automobile sans le bénéfice d'un traitement médical approprié qui inclut l'usage de stimulants à longue durée qui améliorent l'attention et réduisent l'impulsivité pendant la conduite automobile. Le JDQ (aussi disponible en ligne à [www.adhddriving.com](http://www.adhddriving.com)) fournit aux cliniciens un outil simple qui les aide à évaluer si leur patient présente un risque accru de problèmes de conduite automobile. Il fournit également la preuve dans le dossier médical que le clinicien a évalué cette compétence fonctionnelle importante de ses patients.

### Comment utiliser le JDQ

Le JDQ est une auto-évaluation en deux parties. La **Partie A** fournit l'historique complet de la conduite automobile, incluant l'expérience, les accidents et les infractions routières. La **Partie B** fournit un compte rendu subjectif du style de conduite automobile du conducteur. Il prend environ cinq minutes à remplir. Ses propres observations et celles des autres peuvent être recueillies et comparées. Des données psychométriques ont été rapportées<sup>3</sup>.

Le JDQ fournira au médecin, au patient et à sa famille une vue d'ensemble du dossier de conduite automobile du patient, de même qu'une mesure stratégique du style de conduite automobile. Cet instrument est destiné à augmenter l'évaluation clinique non pas de remplacer le jugement du médecin au sujet de la sécurité routière du patient. Il peut aider un professionnel de la santé à engager la discussion sur la sécurité routière avec le patient et sa famille. L'instrument fournit au médecin une façon d'évaluer les effets des médicaments et d'autres interventions comportementales. Des mesures en série pour chaque patient permettent une compilation analogue visuelle des changements au fil du temps. Le site Web [www.adhddriving.com](http://www.adhddriving.com) permet que les données du JDQ soient archivées et affichées en série pour être utilisées pour analyse ultérieure. La section des ressources contient des vidéos éducationnels qui aident les patients et leur famille face aux risques d'un TDAH non traité et la conduite automobile.

---

<sup>1</sup>Jerome, L., A. Segal, and L. Habinski, What we know about ADHD and driving risk: a literature review, meta-analysis and critique. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006. 15(3): p. 105-25.

<sup>2</sup>CMA driver's guide: determining medical fitness to operate motor vehicles, 8<sup>th</sup> edition (2012)

<sup>3</sup>Jerome, L. and A. Segal, Validation of a driving questionnaire for patients with ADHD: the Jerome Driving Questionnaire. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2009. 1: p. 151.